

**Mestrado em Enfermagem
de Saúde Materna e Obstetrícia**

Relatório de Estágio

**Clampagem tardia do cordão umbilical: dos conceitos às
práticas no parto normal.**

Liliana Isabel Correia Dinis Nunes

**Lisboa
2018**



Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Relatório de Estágio


Clampagem tardia do cordão umbilical: dos conceitos às práticas no parto normal.

Liliana Isabel Correia Dinis Nunes

Orientador: Alexandra Tereso

**Lisboa
2018**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



“another thing very injurious to the child is the tying and cutting of the navel string too soon; which should always be left till the child has not only repeatedly breathed but till all pulsation in the cord ceases. As otherwise the child is much weaker than it ought to be, a portion of the blood being left in the placenta, which ought to have been in the child...”

Erasmus Darwin citado por Dunn (2003, p. 346)

AGRADECIMENTOS/DEDICATÓRIA

Para a minha filha, luz da minha vida. És a estrela que me dá forças e me ajudou a concluir este objetivo. Para a semente que cresce forte no meu ventre e multiplica o meu Amor incondicional por dois. A ti Rui, por seres quem és mesmo nos momentos mais difíceis, por toda a força e abraços em tempos de indecisão e de alegria. Aos meus pais e irmã, por serem os meus alicerces em todos os momentos, sem nunca me deixarem desistir. Aos meus avós, por serem os meus domingos de paz com cheiro a torradas e conforto, minha inspiração e exemplos.

À minha orientadora clínica que me lembrou que ainda existem pessoas especiais e esteve sempre disponível para me ensinar o melhor que sabia e apoiar-me em todos os momentos.

À minha docente orientadora que me guiou neste processo de aperfeiçoamento e aquisição de competências com toda a consideração e respeito.

Por fim, também a todos quantos me dificultaram este caminho, obrigada, graças a vós, sou melhor pessoa e profissional.

LISTA DE SIGLAS

ACOG – *The American College of Obstetricians and Gynecologists*

APDMGP – Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher da Gravidez e Parto

APEO – Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras

Bpm – Batimentos por minuto

CICU – Clampagem Imediata do Cordão Umbilical

CTCU – Clampagem Tardia do Cordão Umbilical

CTG – Cardiotocografia

CU – Cordão Umbilical

DGS – Direção-Geral da Saúde

EC – Ensino Clínico

EEESMOG – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica

FAME – *Federación de Asociaciones de Matronas de España*

FIGO – Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia

IA – Índice de Apgar

ICM – *International Confederation of Midwives*

JBÍ – *Joanna Briggs Institute*

ml - mililitros

NICE – *The National Institute for Health and Care Excellence*

Nº – Número

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

Rh D – Fator *Rhesus* Sanguíneo

RN – Recém-nascido

TP – Trabalho de Parto

VIH – Vírus de Imunodeficiência Humana

VPP – Ventilação com Pressão Positiva

RESUMO

A clampagem tardia do cordão umbilical pretende assegurar que o recém-nascido obtém os benefícios que lhe são inerentes. No entanto, apesar desta prática ser recomendada pelas organizações de saúde, não se encontra uniformizada nos serviços que enquadram a assistência ao parto em Portugal.

Como estratégia para a identificação e mobilização da evidência científica sobre o tema, foi realizada uma *Scoping Review*, tendo como ponto de partida uma questão elaborada segundo a mnemónica PCC proposta pelo Joanna Briggs Institute (2017): “Quais as experiências dos enfermeiros obstetras na clampagem tardia do cordão umbilical, no parto normal?”. O mapeamento da evidência efetuado realçou que a prática da clampagem imediata do cordão umbilical ainda é rotineiramente praticada (em vários contextos e países), verificando-se inclusivamente uma assimetria acentuada nos *timings* praticados e entre classes profissionais. Ainda neste âmbito seria importante a identificação por parte dos profissionais dos constrangimentos existentes para a realização da clampagem tardia do cordão umbilical. Neste sentido, foram promovidos momentos de formação em serviço, reflexão e discussão sobre as controvérsias/condicionantes da prática, estimulando o pensamento crítico e a alteração de condutas, com base na evidência científica.

Adotando como quadro de referência a teoria de Afaf Meleis, o presente relatório, teve como finalidade apresentar uma análise crítica das competências desenvolvidas (e das atividades realizadas) no âmbito da unidade curricular Estágio com Relatório inserida no 8º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Palavras-chave: Clampagem tardia; Cordão umbilical; Parto normal; Enfermeiros obstetras.

ABSTRACT

Delayed umbilical cord clamping is intended to ensure that the newborn obtains its benefits. However, although this practice is recommended by health organizations, it is not standardized in the services that provide care for childbirth in Portugal.

As a strategy for the identification and use of scientific evidence on the subject, a Scoping Review was carried out, starting with a question elaborated according to the PCC mnemonic proposed by the Joanna Briggs Institute (2017): "What are the experiences of obstetric nurses in delayed umbilical cord clamping, in normal birth?". The mapping of the evidence showed that the practice of immediate clamping of the umbilical cord is still routinely practiced (in various contexts and countries), and there is also a marked asymmetry in the timings practiced and between professionals classes. In this scope would be important to identify the constraints to the practice of delayed umbilical cord clamping by the professionals involved. In this context, workshops were performed, as well as moments of reflection and discussion on the controversies/conditioners of practice, stimulating critical thinking and promoting a conduct change, based on scientific evidence.

Taking as reference the Afaf Meleis theory, the purpose of this report was to present a critical analysis of the competences developed (and the activities carried out) within the scope of the Internship with Report inserted in the 8th Masters Course of Nursing Maternal and Obstetrics Health of the Nursing School of Lisbon.

Keywords: Delayed clamping; Umbilical cord; Normal delivery; Obstetric nurses; Midwives.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	16
1.1. O cuidar especializado no parto normal	16
1.2. Intervenções no âmbito da promoção da saúde neonatal: a clampagem tardia do cordão umbilical (CTCU)	18
1.2.1. Fundamentos e benefícios da CTCU	20
1.2.2. Orientações para a prática	23
1.2.3. Controvérsias que medeiam a CTCU	24
1.3. A teoria das transições como alicerce das experiências de cuidar durante o nascimento	27
2. PERCURSO FORMATIVO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	30
2.1. Caracterização do local de estágio	30
2.2. Descrição e análise das atividades e das competências desenvolvidas	31
2.2.1. Mapeamento da evidência científica no âmbito das experiências dos enfermeiros obstetras na CTCU	35
2.2.2. Mobilização da evidência científica no percurso realizado	39
2.2.3. Desenvolvimento de competências para a prestação de cuidados especializados à mulher, feto/RN e conviventes significativos durante o trabalho de parto, com ênfase na CTCU no parto normal	42
2.2.4. Desenvolvimento do pensamento e do raciocínio crítico	53
2.3. Limitações do percurso de desenvolvimento de competências	54
3. CONTRIBUTOS PARA A PRÁTICA	55
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58

APÊNDICES

Apêndice I – Descritores para a *Scoping Review* (JBI, 2017)

Apêndice II – Critérios de inclusão/exclusão dos artigos da *Scoping Review* (JBI, 2017)

Apêndice III – Fluxograma de seleção dos artigos para a *Scoping Review* (JBI, 2017)

Apêndice IV – Bibliografia dos artigos selecionados referentes à *Scoping Review* (JBI, 2017)

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Benefícios da CTCU para RN pré-termo e de termo.....	21
Quadro 2. Questão PCC.....	35

INTRODUÇÃO

O presente relatório, referente à Unidade Curricular Estágio com Relatório, encontra-se inserido no plano de estudos do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

O estágio referido ocorreu de 26 de fevereiro a 13 de julho de 2018, com a carga horária total de 750 horas, na sua maioria em contexto de sala de partos de um Centro Hospitalar de Lisboa. Através da realização deste estágio foi possível o desenvolvimento de competências gerais comuns e específicas para a obtenção do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (EEESMOG). O objetivo geral do percurso de aprendizagem decorrido incluiu: desenvolver competências técnicas, científicas, relacionais e ético-morais, para a prestação de cuidados de enfermagem especializados à parturiente, feto/recém-nascido (RN) e conviventes significativos, considerando em particular a clampagem tardia do cordão umbilical (CTCU). Os objetivos específicos, baseados no Guia Orientador da Unidade Curricular, no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia (Lei nº 127/2011 de 18 de fevereiro, 2011) e no meu projeto individual, foram:

- Mapear a evidência científica;
- Mobilizar a evidência científica encontrada no decurso do estágio;
- Desenvolver competências para: a promoção da saúde e bem-estar da parturiente/feto e convivente significativo, otimizando a adaptação do RN à vida extrauterina (competência H3.1.) com ênfase na CTCU; diagnosticar precocemente e prevenir complicações para a saúde da parturiente e do feto/RN (competência H3.2.); a prestação de cuidados especializados à mulher com patologia associada, durante o trabalho de parto (TP) (competência H3.3.);
- Desenvolver o pensamento e raciocínio crítico;
- Cumprir os requisitos para a obtenção do reconhecimento internacional das qualificações profissionais da parteira e das atividades para as quais estão habilitadas.

A metodologia utilizada para a realização deste trabalho e para a consecução dos objetivos acima enumerados compreendeu a identificação da evidência científica

sobre o tema específico através da realização de uma *Scoping Review* (JBI, 2017) e a reflexão e a análise das atividades desenvolvidas. As atividades desenvolvidas foram planeadas de forma a dar resposta aos objetivos delineados e tendo em conta o desenvolvimento das Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Saúde Materna Obstétrica e Ginecológica, assinaladas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) (Lei nº 122/2011 de 18 de fevereiro de 2011 e Lei nº 127/2011 de 18 de fevereiro de 2011), bem como das “*Essencial Competencies for basic Midwifery Practice*”, da *International Confederation of Midwives* (ICM, 2013).

De acordo com o Documento de Consenso elaborado pela OE e pela Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras (APEO) o parto normal ou eutócico corresponde a um nascimento por via vaginal, em apresentação cefálica de vértice, sem recurso a instrumentos, distinguindo-se do parto distócico, o qual é definido pelas restantes situações (OE & APEO, 2012).

Segundo o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica explicito na Lei nº 127/2011 de 18 de fevereiro de 2011, o EEESMOG assume intervenções autónomas em situações de baixo risco, nas quais estão envolvidos processos fisiológicos e de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher. No seu desempenho profissional, é fundamental que seja privilegiado o planeamento e a implementação de estratégias em parceria com a grávida/parturiente e convivente significativo para a promoção do parto normal.

De acordo com vários estudos realizados, a prestação de cuidados especializados pelo EEESMOG contribui para: a promoção do processo fisiológico do parto; a redução das taxas de realização de cesarianas, da utilização de instrumentos como o fórceps, da indução do trabalho de parto e do recurso a medicação; e melhores índices de Apgar (IA) dos RN (Merighi & Gualda, 2002; Hatem, Sandall, Devane, Soltani & Gates, 2008).

A APEO e a *Federación de Asociaciones de Matronas de España* (FAME) apontam como vantagens resultantes do parto normal: a otimização da adaptação do RN à vida extrauterina; a promoção do processo de vinculação da tríade com maior inclusão do convivente significativo; uma recuperação materna mais rápida; menor risco de hemorragia e infeção e consequentemente menores custos sociais e de saúde (APEO & FAME, 2009).

Em 1996, a Organização Mundial de Saúde (OMS) realçou a existência de esforços por parte de vários países, incluindo Portugal, no desenvolvimento de estratégias de promoção do parto normal reconhecendo o mesmo como um fenómeno fisiológico na vida da mulher. Neste âmbito foi pretendida a redução da intervenção técnica, o acesso à assistência de qualidade, foi fomentada a tomada de decisão informada e a participação da mulher/convivente significativo durante o processo (*The Royal College of Midwives, The Royal College of Obstetricians and Gynaecologists & National Childbirth Trust, 2007; Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada, Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses of Canada, Canadian Association of Midwives, College of Family Physicians of Canada & Society of Rural Physicians of Canada, 2008; APEO & FAME, 2009; OE & APEO, 2012;*).

A clampagem do cordão umbilical (CU) representa uma das práticas mais antigas da humanidade e é regularmente realizada entre o nascimento do RN e a dequitação, estando integrada na gestão ativa da terceira fase do TP. As abordagens deste estágio podem incluir uma atitude expectante, ou seja, não intervencionista, na qual a dequitação se faz espontaneamente ou através da estimulação mamilar, ou uma atitude ou abordagem ativa, na qual se recorre à administração de uterotónicos, à clampagem e laqueação do CU e à tração controlada do mesmo (McDonald, Middleton, Dowswell & Morris, 2013; OMS, 2014).

Neste âmbito, o intervalo de tempo para a realização da clampagem do CU tem vindo a ser debatido sendo considerados dois tipos de condutas possíveis: a conduta de clampagem imediata do cordão umbilical (CICU), geralmente nos primeiros 15 a 30 segundos ou até 60 segundos após nascimento e a conduta referente à clampagem tardia que ocorre após os primeiros 60 segundos após o nascimento ou até o CU parar de pulsar (McDonald *et al.*, 2013; *Pan American Health Organization & World Health Organization Regional Office for the Americas, 2013*).

O meu interesse pessoal e profissional por esta temática surgiu dos contributos que adquiri através da pesquisa bibliográfica inicial e da constatação da falta de uniformização das práticas nos diferentes contextos em que exerci funções e desenvolvi competências. Neste âmbito, considerei fulcral identificar as experiências dos enfermeiros na clampagem do CU no parto normal, refletindo sobre esta problemática ao longo do meu percurso de aprendizagem. Realço ainda a importância da promoção da autonomia da grávida/parturiente e convivente significativo e a sua

capacitação para a tomada de decisão informada acerca da clampagem do CU, no contexto do seu plano de parto.

Já desde o século XVIII que o físico inglês Erasmus Darwin, argumentava que a CICU era prejudicial para a criança, devendo ser adiada, até que o CU deixasse de pulsar (Darwin, 1796 & Dunn, 2003 citado por OMS, 2014a). Defendendo a CTCU, a OMS recomenda desde 2014 (OMS, 2014b) que a realização da clampagem ocorra entre 1-3 minutos após o nascimento, em todos os nascimentos, com cuidados essenciais e em simultâneo ao RN. No mesmo sentido a ACOG - *The American College of Obstetricians and Gynecologists* (2017), recomenda a CTCU entre 30-60 segundos após o nascimento para todos os nascimentos.

Atualmente e apesar das *guidelines* mais recentes recomendarem a prática da CTCU (McDonald *et al.*, 2013), o tempo de clampagem do CU varia de acordo com as políticas de cada país e com as rotinas institucionalizadas e a CICU continua a ser a prática dominante (McDonald *et al.*, 2013; Salari, Rezapour & Khalili, 2014; Festin *et al.*, 2003 e Winter *et al.*, 2007). Neste sentido, é fundamental que a prática não se baseie no empirismo ou na comodidade dos profissionais, mas que reflita uma tomada de decisão do enfermeiro obstetra ponderada e baseada na evidência científica (Silva, 2007). Desta forma, o conhecimento pode transformar-se em ação, incorporar o processo de criação e ser aplicado, dando-se a translação do mesmo (Graham *et al.*, 2006).

As teorias de enfermagem permitem orientar a prática e o processo de tomada de decisão no contexto dos cuidados (Silva, 2007; Garcia & Nóbrega, 2004), permitindo o pensamento crítico e a reflexão acerca do desenvolvimento de competências. Como modelo teórico norteador deste trabalho foi eleita a teoria das transições de Afaf Meleis (2010). Esta autora tem desenvolvido o seu trabalho no âmbito das transições dos indivíduos e família, enaltecendo o papel dos enfermeiros na prestação de cuidados a indivíduos, famílias e comunidades nos seus processos de desenvolvimento. Considerando o nascimento como um acontecimento de transição, importa promover a reflexão dos profissionais sobre a otimização da transição da vida intrauterina para a vida extrauterina.

O regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista assinala a importância da capacidade de análise das práticas e dos resultados obtidos, e de igual forma a avaliação do impacto e da qualidade dos cuidados prestados (Lei nº

122/2011 de 18 de fevereiro de 2011). Assim sendo, este relatório foi elaborado com o objetivo de descrever as atividades realizadas e analisar o percurso formativo para o desenvolvimento das competências previstas.

O presente relatório está organizado em três capítulos: o enquadramento teórico, que inclui os conceitos referentes à temática específica e o modelo conceptual de enfermagem utilizado; o percurso formativo de aquisição de competências que inclui a caracterização do local de estágio, a descrição e análise das atividades e das competências desenvolvidas, as limitações encontradas e as contribuições para a prática; e por fim as considerações finais.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. O cuidar especializado no parto normal

Em obstetrícia, o conceito de “normalidade” está associado ao parto vaginal, subsequente a uma gravidez de termo, com início e progressão espontâneos, sem instrumentalização e assistido por um EEESMOG, o qual assegura o TP como evento fisiológico e o bem-estar materno-fetal (ICM, 2011; OE, 2012; APEO & FAME, 2009).

O tecnicismo e o intervencionismo nos cuidados prestados durante o parto surgiram como resposta às elevadas taxas de mortalidade e morbidade materno-infantil (APEO & FAME, 2009). Assim, almejando a gestão do risco, foi validada a medicalização do TP, a patologização do processo fisiológico e a emergência de novos riscos para a parturiente/feto/RN (Tereso, 2005). A transferência do parto para o meio hospitalar implicou alterações importantes no tipo de assistência prestada, nomeadamente a ênfase na medicalização do processo e a valorização do papel do médico (Moura, Crizostomo, Nery, Mendonça, Araújo & Rocha, 2007). A prática intervencionista e uniformizada retirou à mulher a possibilidade de ser a protagonista do seu parto contribuindo para a sua insatisfação, medo (APEO & FAME, 2009) e passividade (Romano & Lothian, 2008; APEO & FAME, 2009).

Kitzinger (1995) refere que muitas mulheres percecionam o TP como um processo traumático, que tem implícito a instrumentalização do seu corpo e a sua submissão. A implementação de um modelo intervencionista do parto alterou a vivência do mesmo, dificultando o exercício da autodeterminação da parturiente/família e contribuindo para a desvalorização dos direitos dos envolvidos. Neste contexto tornou-se visível uma despersonalização dos cuidados e um aumento do desconforto e do medo associados ao momento do parto (Oliveira, Riesco, Miya & Vidotto, 2002).

Em resposta ao descrito, a OMS, em 1996, divulgou um guia prático para a assistência ao parto: *“Safe Motherhood – Care in normal birth: a practical guide”*. Em 2002 destacou-se também o documento da OMS intitulado *“Promoting Effective Perinatal Care Essential: Antenatal Perinatal and Postpartum Care”*, cujos objetivos foram incentivar o suporte emocional contínuo à parturiente/família, incentivar a articulação dos desejos da parturiente/família à realidade institucional e advogar a favor da autonomia da mulher. De igual forma outras entidades como a *Society of*

Obstetricians and Gynaecologists of Canada, Canadian Association of Midwives, The Royal College of Midwives, The Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, National Childbirth Trust e a FAME têm vindo a desenvolver iniciativas/projetos de apoio ao parto normal.

Em Portugal, a partir de 2009, a OE, a Direção-Geral da Saúde (DGS) e a APEO realizaram e divulgaram documentos de incentivo ao parto normal, especificamente “Iniciativa Parto Normal” (APEO & FAME, 2009) e “Pelo Direito ao Parto Normal - uma Visão Partilhada” (OE, 2012). Tais documentos, oferecem normas de atuação, privilegiando a preservação da autonomia da parturiente e assegurando a segurança materno-fetal/RN. Realça-se ainda a sua ancoragem na qualidade e a na equidade dos cuidados e a ênfase que colocam no exercício profissional dos EEESMOG.

O processo fisiológico do TP que promove uma transição para a parentalidade mais saudável, envolve as adaptações físicas e emocionais da mulher durante a gravidez, o parto e o pós-parto (Kasai, Nomura, Benute, Lucia & Zugaib, 2010; Lowdermilk & Perry, 2009; Odent, 2005). O enfermeiro obstetra, através das suas competências específicas, tem um papel importante na implementação das políticas de promoção do parto normal e na promoção do envolvimento da mulher/convivente significativo no seu TP. Neste âmbito, destaca-se o acesso crescente à informação por parte da mulher/convivente significativo e o desejo de ter um papel proactivo no TP (Nogueira, 2012). No estudo realizado por Hauck, Fenwick, Downie & Butt (2007), as parturientes revelam o desejo de terem uma participação ativa, realçam o sentimento de controlo como fundamental para a gestão das suas expectativas e mencionam a partilha de informação e inclusão na tomada de decisão como promotores de uma experiência positiva. Neste sentido, o plano de parto elaborado pela mulher/convivente significativo deve caracterizar o novo modelo de assistência no parto normal em Portugal, considerando aspetos como: a utilização de métodos não farmacológicos no controlo da dor; a presença do convivente significativo; a liberdade de movimentos; a ingesta durante o TP; a episiotomia seletiva; o contato pele-a-pele imediato e prolongado; a CTCU; e a amamentação na 1ª hora de vida (OE, 2015).

O EEESMOG deve basear a sua prática na evidência científica atual utilizando os recursos disponíveis para o efeito (Sullivan & McGuiness, 2015). Assim, as

intervenções intraparto devem ser ponderadas, obedecerem a critérios específicos e distanciarem-se de práticas e procedimentos por rotina, tais como: administração de ocitocina sintética intraparto; rotura artificial de membranas; exames vaginais; algaliação; esforços expulsivos dirigidos pelo profissional; episiotomia; aspiração orofaríngea do RN; e separação da mãe e RN para prestar cuidados de rotina (Berghella, Baxter & Chauhan, 2008). Neste âmbito a promoção do parto normal está também associada a redução dos tempos de internamento, a menores custos financeiros e à redução do número de camas necessárias (OE, 2013).

Em suma, é primordial assegurar o direito da mulher/convivente significativo à autodeterminação, ponderar os riscos e os benefícios dos procedimentos a realizar e avaliar as suas necessidades específicas para uma tomada de decisão livre e esclarecida (Humans Rights in Childbirth, 2012; OE, 2015). O respeito pela vontade e pelas decisões da parturiente/convivente significativo potencia a sua satisfação e beneficia a progressão do TP (Hodnett, Gates, Hofmeyr & Sakala, 2013). Neste sentido, o plano de parto (escrito ou verbalizado) engloba o direito à autodeterminação e sustenta-se por um enquadramento legal, nos artigos: 38º, 39º, 149º e 150º do Código Penal Português; 3º e 8º da Convenção Europeia dos Direitos Humanos; e 5º, 8º e 9º da Convenção dos Direitos do Homem e Biomedicina (Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher da Gravidez e Parto - APDMGP, 2015). Assim, o EEESMOG tem uma posição privilegiada para desempenhar um papel fundamental na construção do processo de tomada de decisão, através de uma relação de confiança estabelecida desde o período pré-natal (APEO & FAME, 2009; OE, 2015).

1.2. Intervenções no âmbito da promoção da saúde neonatal: a clampagem tardia do cordão umbilical (CTCU)

A adaptação do RN à vida extrauterina implica processos fisiológicos que têm vindo a ser estudados, e que estão relacionados com a interrupção da circulação sanguínea feto-placentária no nascimento (Stopfkuchen, 1987). Neste âmbito é importante referir que os diferentes tempos de interrupção podem interferir de forma significativa na adaptação do RN. Os estudos sobre a fisiologia da transição fetal têm demonstrado que a interrupção precoce da circulação feto-placentária origina a depleção de volume sanguíneo neonatal, interfere com a função cardíaca e pulmonar após o nascimento, e origina pior resposta no caso de reanimação (Rigatto, 1984).

Por outro lado, a não interrupção precoce e consequente aumento da transfusão feto-placentária representa um aumento de volume e fluxo de sangue para órgãos importantes, como por exemplo os pulmões (Rabe, Diaz-Rosselo, Dulley & Dowswell, 2012).

Curiosamente, uma clampagem ligeiramente mais tardia do CU era a prática mais comum até ao começo dos anos 80, de acordo com os textos e notas obstétricas publicadas pelos médicos mais proeminentes da área (Cook, 2007). No entanto, a CICU no momento do nascimento representa o procedimento mais frequente na área da obstetrícia, apesar da falta de homogeneidade acerca do momento em que deve ser realizado (Mercer, 2001; OMS, 2018).

Uma das principais razões que fundamenta a decisão de deixar pulsar o CU alguns minutos antes da clampagem, é a importância de facilitar a passagem do sangue da placenta para o RN (Cruz, 1998; McDonald *et al.*, 2013). Em condições fisiológicas normais dois terços do sangue feto-placentário, aproximadamente 80ml/kg, residem no feto, enquanto que o outro terço se encontra na placenta (Mercer, 2001; Rudolph, Rudolph, Hostetter, Lister & Siegel, 2003). Desta forma, o volume de sangue do RN sujeito a CICU corresponde a 25-40%, o que equivale à quantidade de sangue transfundida para um bebé em estado de choque hipovolémico grave (Cook, 2007). Este volume de sangue contém também quantidades de ferro equivalentes a 40-50mg/kg de peso corporal (ACOG, 2017). Doutra forma, ao atrasar a clampagem do CU cerca de 1 minuto dá-se a transferência de cerca de 80ml de sangue fetal da placenta para o RN, enquanto que se a clampagem for atrasada 3 minutos existe um ganho de cerca de 100ml de volume sanguíneo para o mesmo RN (Yao & Lind 1977; Linderkamp, 1987; McDonald *et al.*, 2013).

Neste contexto é ainda relevante mencionar que se considera como clampagem precoce, desde a clampagem imediata até ao final do 1º minuto e como clampagem tardia desde os 30 segundos até o término da pulsação arterial umbilical, que pode ir de 3 a 10 minutos (Mercer, 2001). Diferentes estudos apontam para a importância da CTCU ser realizada entre os 30 a 60 segundos após o nascimento (Bayer, 2016), não existindo no entanto consenso na literatura sobre o tempo exato que deve decorrer para que seja considerada CTCU (Oliveira, 2014). Parece inclusivamente existir falta de conhecimento sobre o tema e poucas instituições apresentam normas ou políticas referentes à CTCU (OMS, 2014). Por fim, de acordo

com a revisão sistemática da literatura realizada por McDonald *et al.* (2013), a CICU é usualmente considerada quando efetuada antes do primeiro minuto após o nascimento, sendo que a CTCU compreende o período após este primeiro minuto e até o CU parar de pulsar.

1.2.1. Fundamentos e benefícios da CTCU

Quanto aos benefícios decorrentes desta prática, a evidência científica aponta para que a interrupção tardia da circulação umbilical possa manter um aporte de sangue e oxigênio adequado, no período de transição que o nascimento representa, prevenindo anemia e desconforto respiratório em RNs pré-termo e termo (Ibrahim, Krouskop, Lewis & Dhanirreddy, 2000) (*vide* quadro nº 1).

De acordo com as revisões sistemáticas da literatura realizadas por McDonald *et al.* (2013) e por Cook (2007), verificam-se os seguintes resultados para a CTCU:

- Concentração de hemoglobina superior entre as 24 e 48 horas (McDonald *et al.*, 2013);
- Valores de hematócrito e hemoglobina superiores (Cook, 2007);
- Melhor oxigenação dos tecidos na primeira semana de vida e da viscosidade do sangue (Cook, 2007);
- Aumento do valor médio dos pesos (McDonald *et al.*, 2013);
- Melhoria dos valores tensionais e do volume de sangue (Cook, 2007);
- Menores taxas de necessidade de ventilação assistida e de transfusões sanguíneas (Cook, 2007);
- Menor incidência de anemia aos dois meses de idade (Cook, 2007);
- E redução do risco do prejuízo a longo prazo relacionado com necrose dos tecidos cerebrais (Cook, 2007).

Na revisão sistemática realizada por Cook (2007) não se revelaram resultados de icterícia ou policitemia; no entanto na revisão sistemática da literatura de McDonald *et al.* (2013) verificou-se um maior número de crianças com necessidade de fototerapia para tratamento de icterícia.

De acordo com Van Rheenen & Brabin (2006), a CTCU pode ser particularmente benéfica para bebês nascidos em países em desenvolvimento e pobres em recursos, porque se revela uma via mais segura e menos dispendiosa na

prevenção da anemia. Nos países onde é comum a existência de anemia severa da mãe e RN e onde a transfusão sanguínea não é facilmente realizável, a CTCU devia ser considerada para os RNs pré-termo e termo. De facto, a carência de ferro na infância tem sido associada a défices de desenvolvimentos cognitivo, motor e comportamental com especial prevalência nos países em vias de desenvolvimento (Andersson, Lindquist, Lindgren, Stjernqvist, Domellof & Hellstrom-Westas, 2015).

Também a revisão sistemática de McDonald *et al.* (2013) proporciona evidência acerca dos benefícios da CTCU e recomenda uma abordagem mais liberal desta prática, uma vez que conclui que aumenta a concentração de hemoglobina e as reservas de ferro das crianças. No entanto, considera também que a CTCU pode ser benéfica desde que exista acesso ao tratamento da icterícia, o qual requer fototerapia.

Quadro nº 1. Benefícios da CTCU para RN pré-termo e de termo.

RN pré-termo	RN de termo
Às 10 semanas de vida hemoglobina superior ao nascimento (Kc <i>et al.</i> , 2017; Kaempf <i>et al.</i> , 2012)	Pressão arterial superior nas primeiras 24 horas (Oh, Lind & Gessner, 1966)
Maior volume de glóbulos vermelhos no nascimento (Strauss <i>et al.</i> , 2008)	Volume de sangue superior nas primeiras 12 horas (Oh, Oh & Lind, 1966)
Hematócrito superior aos 7 e aos 28 dias de vida (Strauss <i>et al.</i> , 2008; Aladangady, McHugh, Aitchison, Wardrop & Holland, 2006.)	Débito urinário superior nas primeiras 12 horas (Oh, Oh & Lind, 1966)
Volume de sangue superior no nascimento (Kinmond <i>et al.</i> , 1993)	Hemoglobina superior aos 4 meses de idade (Andersson, Hellström-Westas, Andersson & Domellöf, 2011)
Hematócrito superior sem policitemia no nascimento (Rabe <i>et al.</i> , 2000)	Menor incidência de deficiência de ferro (Andersson <i>et al.</i> , 2011)
Menor necessidade de transfusão sanguínea (Rabe <i>et al.</i> , 2000; Mercer, McGrath, Hensman, Silver & Oh, 2003)	Discreto aumento de necessidade de fototerapia (McDonald <i>et al.</i> , 2013)

Menor tempo de oxigênio suplementar (Rabe <i>et al.</i> , 2000)	Sem aumento da necessidade de tratamento para policitemia (Hutton & Hassan, 2007; McDonald <i>et al.</i> 2013)
Média inicial de pressão arterial superior (Mercer <i>et al.</i> , 2006)	Sem aumento da morbidade materna (McDonald <i>et al.</i> 2013; De Paco <i>et al.</i> , 2016)
Menor incidência de hipoglicemia (Mercer <i>et al.</i> , 2006)	
Menor incidência de sépsis tardia (Jelin, Zlatnik, Kuppermann, Gregorich, Nakagawa & Clyman, 2016)	
Menor incidência de hemorragia intraventricular (Jelin <i>et al.</i> , 2016; Mercer, Vohr, Erickson-Owens, Padbury & Oh, 2010)	
Melhoria do desenvolvimento psicomotor (índice) na escala de desenvolvimento infantil de Bayley nos RNs pré-termo de sexo masculino (Mercer <i>et al.</i> , 2016)	

Recentemente, a ACOG considera que a CTCU em RNs de termo aumenta os valores de hemoglobina no nascimento e aumenta as reservas de ferro nos primeiros meses, o que apresenta um efeito favorável no desenvolvimento da criança. No caso de RNs pré-termo, a ACOG (2017) reconhece benefícios neonatais significativos na melhoria da transição da circulação sanguínea no nascimento, no estabelecimento do volume de glóbulos vermelhos, no decréscimo de necessidade de transfusão sanguínea e no decréscimo da incidência de enterocolite necrosante e de hemorragia intraperiventricular. De referir ainda a importância do aumento da transferência de imunoglobulinas e de células estaminais, as quais podem vir a produzir efeitos terapêuticos na própria criança.

1.2.2. Orientações para a prática

As normas e orientações clínicas são impulsionadoras de mudança e permitem consubstanciar a importância da implementação de medidas governamentais e institucionais efetivas que estejam englobadas nas políticas de saúde (OE & APEO, 2012).

Considerando a CTCU, em Portugal, a OE (2015a), parece apoiar a prática ou recomendação feita pela Confederação Internacional das Parteiras (ICM, 2003), que à semelhança da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia - FIGO (2003) recomenda a clampagem do CU assim que pare de pulsar, num RN considerado saudável.

The National Institute for Health and Care Excellence - NICE (2017), recomenda a CTCU após o primeiro minuto, exceto se existir preocupação com a integridade do CU ou na presença de bradicardia neonatal. No mesmo sentido, *The Royal College of Midwives* (2014) apoia a clampagem após o primeiro minuto e sublinha a necessidade de apoiar as mulheres nas suas decisões. Assim sendo, os cuidados prestados devem ter em conta as necessidades individuais de cada mulher e RN, visando assim uma abordagem holística da pessoa/família. Também a OE (2001), considera que os cuidados devem ser centrados e sensíveis às diferenças de cada um, indo de encontro à sua satisfação.

Das orientações internacionais destaca-se a emanada pela OMS (2017) que recomenda a CTCU pelo menos 1 minuto após o nascimento, incluindo em simultâneo os cuidados ao RN.

Muito recentemente a ACOG (2017) recomenda a CTCU entre 30-60 segundos após o nascimento para todos os nascimentos. Contudo, existem situações que a ACOG (2017a) considera justificarem a CICU, nomeadamente situações em que a circulação fetoplacentária se encontra comprometida, como no caso de anomalias placentárias, descolamento da placenta ou rotura de vasos do CU. Também a grande maioria dos estudos científicos efetuados exclui gravidezes gemelares e como tal a informação disponível nestes casos é limitada e pouco segura.

1.2.3. Controvérsias que medeiam a CTCU

Os fatores que podem ser considerados controversos e condicionar a realização da CTCU dizem respeito a aspetos maternos e relacionados com o RN, tais como: fator sanguíneo materno Rh D negativo; hiperbilirrubinémia neonatal e policitemia; VIH materno; reanimação neonatal; circulares do CU; colheita de sangue para criopreservação de células estaminais; gestão ativa do 3º estágio do TP; e plano de colocação do RN. No entanto, através da evidência científica disponível é possível constatar que estes fatores não constituem contraindicações à realização da CTCU.

- De acordo com Soltani, Dickinson & Leung (2005), a CICU pode aumentar a probabilidade de uma transfusão feto-materna, uma vez que uma quantidade de sangue significativa fica retida na placenta e é forçada contra a barreira placentária até à circulação materna. Tal risco foi reduzido com a introdução da profilaxia realizada com imunoglobulina Rh D, no caso de fator sanguíneo Rh D negativo materno (DGS, 2007). Apesar da evidência disponível ser proveniente de estudos não randomizados com amostras pequenas, estes sugerem que poderá haver uma redução da transfusão feto-materna se for realizada CTCU (Ladipo, 1972). Os estudos disponíveis sugerem ainda que a drenagem de sangue seja para o RN ou para um contentor pode potencialmente diminuir a transfusão feto-materna (Soltani *et al.*, 2005).
- O risco de hiperbilirrubinémia e icterícia no caso de CTCU corresponde a 4,36%, e no caso de CICU corresponde a 2,74%, o que equivale a uma diferença de 1,62%, não existindo um risco de aparecimento de hiperbilirrubinémia grave (McDonald *et al.*, 2013; OMS, 2014b). Quanto ao surgimento de policitemia torna-se difícil encontrar a causa para a mesma, dada a existência de outros fatores de risco nomeadamente restrição do crescimento intrauterino, hipóxia perinatal, macrossomia, hipoglicemia, prematuridade, parto instrumental, entre outros (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2014). Não existe evidência de risco aumentado de policitemia associados à CTCU (ACOG, 2017a; OMS, 2014a). Por fim e de acordo com literatura recente os benefícios da CTCU superam assim o risco de hiperbilirrubinémia ou policitemia, sempre que esteja disponível fototerapia (McDonald *et al.*, 2013; OMS, 2014b; ACOG, 2017).
- Em relação à existência de risco de transmissão do VIH da mãe para o RN, a redução da carga viral materna através da administração de antirretrovirais

durante a gravidez, no parto e no período pós-natal, é tida como a principal intervenção para reduzir este risco. Não há qualquer evidência de que a CTCU aumente a possibilidade de transmissão do VIH da mãe para o RN. Assim, a CTCU é recomendada para mulheres seropositivas ou mulheres com *status* serológico para o VIH desconhecido (OMS, 2017).

- Segundo a OMS (2017), o CU deve ser clampado e cortado para permitir a ventilação eficaz em RN de termo ou prematuros que necessitem de ventilação com pressão positiva (VPP). Contudo, se o clínico tiver experiência no suprimento eficaz de VPP sem cortar o CU, esta pode ser iniciada no períneo com o CU intacto para permitir a CTCU. De forma similar, o NICE (2017), recomenda que o CU não deve ser clampado antes do primeiro minuto após o nascimento, exceto quando existe evidência de bradicardia neonatal com batimentos inferiores a 60bpm. Se o RN não respirar eficazmente no momento do nascimento o CU deve ser cortado para que se dê a transferência para uma unidade de reanimação e a assistência imediata. Ainda sobre este aspeto e de acordo com Kresch (2017), existe uma evidência ampla dos últimos 50 anos de que a CTCU em RNs pré-termo traz resultados benéficos a curto e a longo prazo. Realizar ventilação no contexto das medidas iniciais de ressuscitação neonatal antes de clampar o CU tem uma fundamentação fisiológica e apresenta melhores resultados para os RNs. O desafio reside em definir equipamento e estratégias que permitam as medidas iniciais de ressuscitação perto da mãe, enquanto o CU ainda está ligado à placenta.
- Quanto à existência de circulares do CU considera-se que a prática de laquear o CU antes do nascimento coloca o RN em risco de hipóxia e hipovolémia. De forma a evitar a CICU, caso a circular seja larga, deve ser deslizada sobre a cabeça e o corpo do RN, caso esteja apertada, deve ser realizada a manobra de *Somersault* (Mercer & Erickson-Owens, 2014).
- Em relação à colheita de sangue para criopreservação de células estaminais esta implica a prática de uma CICU, de forma a otimizar a colheita de sangue para o efeito (Armson, 2005) pois para ser efetuada uma colheita com sucesso, são necessários pelo menos 70ml de sangue (Conselho da Europa, Comité Europeu para a Transplantação de Órgãos, 2015). Quanto maior o volume de sangue da amostra maior será o volume de sangue do qual o RN ficará privado

(Allan *et al*, 2016). De acordo com a ACOG (2015), esta colheita de sangue não deve comprometer os cuidados obstétricos e neonatais ou interferir com a CTCU. Os pais devem estar devidamente informados, nomeadamente de que a maioria das doenças potencialmente tratáveis pelo sangue do CU existe nas próprias células, o que pode tornar a colheita inútil para o tratamento do próprio indivíduo. A OE (2010) defende que a colheita de sangue para criopreservação de células estaminais corresponde a um direito enquadrado em requisitos científicos, éticos, deontológicos e jurídicos e cuja decisão cabe aos pais.

- No que concerne à gestão ativa do 3º estágio do TP, a CTCU faz parte das recomendações da OMS (2017). A revisão sistemática da literatura levada a cabo por McDonald *et al* (2013) revela que a CTCU traz benefícios para os RNs pré-termo e de termo, não se verificando estudos que relatem morte, morbilidade ou aumento do risco de hemorragia pós-parto. Neste sentido, as diretrizes da OMS oferecem orientações sobre os elementos essenciais da gestão ativa da terceira fase do parto, incluindo o uso de uterotónicos, tração controlada do CU, avaliação do tônus uterino e CTCU para todos os RNs. Assim, o risco de hemorragia pós-parto não é diferente, quer seja realizada a clampagem imediata ou tardia do CU. Em suma, a CTCU realizada entre o 1º e o 3º minuto beneficia o RN e não interfere com a prática da gestão ativa da terceira fase do parto (OMS, 2017).
- Por fim, e de acordo com Mercer (2001), realizar a CTCU e manter o RN à altura do introito durante 45 segundos aumenta 11% o volume de sangue transferido. Colocá-lo 30 a 60 cm abaixo do introito aumenta a velocidade de transfusão de sangue da placenta de três para um minuto. Contrariamente, no que diz respeito à posição do RN no momento do nascimento, um estudo recente realizado por Vain *et al* (2014), revela que RNs de termo nascidos por parto vaginal que foram colocados no abdómen ou peito materno logo após o nascimento e antes da clampagem e corte do CU não apresentaram menor volume de transfusão sanguínea comparativamente a RNs mantidos ao nível do introito vaginal. Assim, o contacto pele-a-pele neste âmbito surge como apropriado enquanto se aguarda a clampagem e corte do CU (ACOG, 2017).

Em conclusão, o receio do aumento da incidência das patologias relacionadas com a CTCU ainda existe (Mercer, 2001) e alterar uma conduta habitual é difícil, principalmente pela existência de estudos que não excluem um número elevado de variáveis que interferem com a transfusão sanguínea placentária (Linderkamp, 1982). A este aspeto acresce ainda a falta de uniformização dos critérios que definem o que é a clampagem precoce ou imediata e a clampagem tardia que também contribuem para dificultar a mudança das práticas (Mercer, 2001). Neste âmbito e de forma a promover a mudança de práticas torna-se premente compreender quais as experiências dos enfermeiros obstetras na CTCU, considerando os benefícios e as recomendações existentes acima apresentados.

1.3. A teoria das transições como alicerce das experiências de cuidar durante o nascimento

De forma a contextualizar a temática numa teoria de enfermagem, foi escolhido um modelo construtivo específico, ao qual é inerente: uma cultura e especificidade de cuidar; o conceito de pessoa; de enfermagem; e de ambiente.

Afaf Meleis (2010) tem desenvolvido o seu trabalho em torno da teoria das transições, considerando as transições dos indivíduos e família e exaltando o papel dos enfermeiros na prestação de cuidados a indivíduos, famílias e comunidades nos seus processos de desenvolvimento. Assim, o foco de atenção na Enfermagem incide nas respostas humanas às transições decorrentes de eventos associados a processos de saúde-doença e de vida (Chick & Meleis, 1986). Os enfermeiros antecipam, avaliam, diagnosticam, lidam e ajudam a lidar com mudanças, potenciando autonomia e bem-estar. Saber o que são transições, identificá-las e caracterizá-las são conhecimentos que influenciam a qualidade dos cuidados e os ganhos em saúde (Meleis, 2010).

A palavra “transição” é uma palavra que deriva do latim ‘transitio-ōnis’ e significa genericamente o ato, efeito ou modo de passar lenta e suavemente de um lugar, estado ou assunto para outro, implicando uma passagem, fase ou período intermédio num processo evolutivo (Academia de Ciências de Lisboa, 2001).

Para Meleis (2010) as transições constituem etapas fundamentais para a enfermagem pois justificam os encontros entre enfermeiros e clientes. A transição é tida como uma passagem ou movimento entre um estado, condição ou local para

outro. A autora considera quatro tipos de transições importantes para a enfermagem: as transições de desenvolvimento, transições situacionais, as transições de saúde-doença e as transições organizacionais.

O modelo teórico de Meleis constitui a base conceptual deste trabalho, dado que permite refletir sobre a importância das transições na vida dos indivíduos, neste caso específico da transição da vida intra para extrauterina. Neste contexto, também é trabalhado o papel dos enfermeiros na adaptação, prevenção e promoção da saúde durante essa transição situacional (Meleis, 2010).

Importa então, distinguir o conceito de transição e de mudança, sendo que a transição pressupõe um processo ao longo do tempo e tem um sentido de movimento, enquanto que a mudança implica a substituição de algo e tende a ser brusca. Assim, a transição pode incorporar algumas mudanças, mas nem sempre as mudanças originam uma transição (Meleis, 2010).

Para Meleis (2010), as propriedades de todos os tipos de transição englobam o conceito de processo no qual decorre uma mudança na identidade, relacionamento, habilidades, comportamentos, estrutura, função e dinâmica. Estas transições dependem de variáveis diferentes como o seu significado, expectativas, nível de conhecimentos ou competências, ambiente, nível de planeamento e bem-estar emocional e físico. Neste contexto, cabe ao enfermeiro avaliar o indivíduo no seu processo de transição. O profissional deve também em contextos importantes de transição de papéis, como a doença, nascimento ou morte, avaliar as necessidades biopsicossociais do cliente e promover as intervenções necessárias (Meleis, 2010).

Meleis (2010) considera também fulcral a dimensão da investigação científica e académica sobre a experiência humana no processo de transição, incluindo as respostas comportamentais e físicas do cliente e as consequências no seu bem-estar. Desta forma, um processo de transição pode implicar sofrimento para o indivíduo, dando origem a uma situação de insuficiência, cabendo ao enfermeiro assumir um papel interventivo de prevenção ou terapêutico, na suplementação do seu papel. Devem ser identificadas necessidades, problemas, diagnóstico e intervenções específicos. As crenças culturais e atitudes existentes podem também facilitar e promover uma transição mais tranquila.

Transportando a teoria de Afaf Meleis, e considerando o nascimento como um momento de transição situacional e de desenvolvimento, composto por diversas

mudanças, importa neste contexto adotar uma estratégia preventiva, tendo como objetivo otimizar a transição da vida intrauterina para a vida extrauterina, ainda que partindo de um pressuposto físico e científico, como a CTCU. Ora, os benefícios deste ato aquando do nascimento superam os benefícios físicos trazendo bem-estar ao RN e família. Deste modo e sublinhando o papel da investigação científica e académica, que a autora enfatiza, importa sensibilizar os profissionais para a importância desta prática, que representa uma componente facilitadora de um processo de transição particular.

2. PERCURSO FORMATIVO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

2.1. Caracterização do local de estágio

O principal objetivo de um ensino clínico (EC) é a aquisição de competências que habilitem o discente a exercer a sua profissão, sendo que o processo de aprendizagem deve basear-se em saberes e experiências concretas que complementem e concretizem o conhecimento teórico (Novo, 2011).

O desenvolvimento de competências é determinado pelos atores, os saberes e o contexto, sendo que este último apresenta um papel fulcral, uma vez que a cultura dos serviços constitui um elemento a valorizar (Serrano, Costa & Costa, 2011).

O percurso formativo específico para a aquisição de competências foi desenvolvido no contexto de um serviço de urgência obstétrica/ginecológica que inclui a sala de partos de um Centro Hospitalar de Lisboa. A triagem realizada neste serviço é baseada na Triagem de Manchester e permite atribuir prioridades clínicas de atendimento (emergente, muito urgente, urgente e pouco urgente/nada urgente).

As utentes podem ser encaminhadas do exterior, da consulta externa e do serviço de medicina materno-fetal para o serviço de urgência. Os motivos de admissão mais frequentes na sala de partos incluem: grávidas em TP, grávidas com ameaça de parto pré-termo, suspeita de alteração do bem-estar fetal evidenciada através de cardiotocografia (CTG), grávidas com patologia associada, grávidas com rutura espontânea das membranas e casos de interrupção médica da gravidez. Ao serviço de urgência recorrem também mulheres com diagnóstico de abortos incompletos, retidos ou em evolução, mulheres com gravidez ectópica e utentes com bartolinites.

A sala de partos inclui quartos individuais onde decorrem os partos eutócicos e, em situações pontuais, partos distócicos por via vaginal (fórceps e ventosas) e um berçário equipado com berços com aquecimento externo e mesas de reanimação.

O convivente significativo da grávida/parturiente pode permanecer no serviço durante as 24 horas, mas nas situações de partos distócicos (fórceps, ventosa ou cesariana), geralmente a sua permanência não é permitida. Em algumas situações de partos por cesarina, nomeadamente se forem programadas, é autorizada a presença de um convivente significativo mediante o preenchimento de um formulário.

O Bloco Operatório, que também integra o serviço de urgência obstétrica/ginecológica, funciona com salas destinadas ao parto distócico por ventosa ou fórceps e à realização de cesariana. A unidade de recobro e cuidados intensivos funciona com vagas destinadas a cuidados intensivos e a situações de recobro pós-operatório.

No que concerne aos cuidados imediatos ao RN, na sala de partos são prestados junto à mãe realizando-se frequentemente o contacto pele-a-pele concomitantemente com a administração da vitamina K por via intramuscular. Posteriormente a balança é levada até ao quarto para pesar o RN. A amamentação é promovida sempre que possível na primeira hora de vida. O RN permanece junto da mãe configurando o alojamento conjunto, salvo exceções em que é necessário a sua transferência para a Neonatologia, por instabilidade neonatal ou materna.

2.2. Descrição e análise das atividades e das competências desenvolvidas

Pretende-se seguidamente descrever e analisar as atividades realizadas ao longo do estágio com relatório bem como as competências desenvolvidas durante o mesmo. Segundo Pacheco (2011), a competência implica a mobilização de recursos, tais como, os conhecimentos, o raciocínio, a interpretação, a iniciativa, a criatividade, as experiências anteriores e os valores pessoais e profissionais, que são escolhidos e mobilizados de forma singular por cada profissional. Serrano, Costa & Costa (2011) consideram ainda que algumas das ferramentas necessárias no processo de desenvolvimento de competências incluem a intuição, a inteligência prática baseada na evidência científica, a integração e a flexibilidade cognitiva.

De acordo com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) (Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de setembro de 1996 citado pela OE, 2015b), o enfermeiro especialista possui um título profissional que lhe confere competência científica, técnica e humana e está habilitado a prestar cuidados de enfermagem especializados. Estes cuidados baseiam-se num nível de conhecimentos mais aprofundado que permite ao enfermeiro especialista agir de forma individual e no contexto da especialidade que possui. Neste âmbito, a enfermagem avançada reveste-se de princípios e competências subordinados ao cuidado centrado na pessoa, suportado por uma conduta refletida e fundamentada pela concetualização e evidência científica atual.

De acordo com a OE (2001), é através da análise reflexiva e metódica dos cuidados que se podem reformular práticas promovendo a qualidade crescente e contínua dos mesmos. Neste contexto a conduta dos enfermeiros é fundamentada e tem significado através: do Código Deontológico do Enfermeiro, dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, do REPE, das Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais e das Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista.

Assim, neste subcapítulo é apresentada uma reflexão ancorada nas competências comuns do enfermeiro especialista e nas específicas do EEESMOG. Atendendo ao seu caráter geral, são analisadas as competências comuns nos seus quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

As competências comuns são partilhadas pelos enfermeiros especialistas e traduzem-se na sua capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados, bem como na participação no processo de formação dos pares, mais especificamente na formação, na investigação e na assessoria (Lei nº 122/2011 de 18 de fevereiro de 2011).

No decorrer do estágio com relatório foi possível desenvolver as competências comuns do enfermeiro especialista nos seus diferentes domínios através das atividades desenvolvidas e da análise reflexiva das mesmas.

No que diz respeito à responsabilidade profissional, ética e legal e no que concerne ao percurso efetuado, foram respeitados os princípios éticos e deontológicos. A minha prática foi assim regida de acordo com o Código Internacional de Ética emanado pelo ICM (2014) e pelo Código Deontológico do Enfermeiro (OE, 2015) respeitando o exercício do direito ao consentimento informado antes da realização de qualquer intervenção e promovendo a tomada de decisão esclarecida. A mulher/casal foram informados sobre as intervenções a desenvolver, respetivos benefícios e riscos existentes ou potenciais, tendo sido apresentadas alternativas às intervenções propostas. Desta forma, o direito à autodeterminação foi respeitado bem como o direito à saúde e ao melhor tratamento possível de acordo com os recursos disponíveis. Foram identificadas e satisfeitas as necessidades de informação acerca da possibilidade de realização da CTCU em situações específicas através do recurso à mobilização da evidência científica atual e pertinente.

A colocação em prática da evidência científica atual e a experiência do profissional e do utente permitem a tomada de decisão (Rycroft-Malone, Harvey & Seers, 2004). Segundo a OE (2015), o Código Deontológico, como referência jurisdicional, permite orientar o processo de tomada de decisão. Fatores como a autonomia, iniciativa e responsabilidade profissional permitem detetar precocemente riscos e problemas potenciais e reais, bem como resolver ou minimizar os problemas encontrados (OE, 2003). Vieira (2009) refere que o enfermeiro tem como compromisso a defesa da liberdade e da dignidade da pessoa com a qual estabelece uma relação de parceria lidando com problemas éticos diariamente e tendo neste contexto de proceder à tomada de decisão, recorrendo-se da sensibilidade, saber ético, informação, imaginação, experiência pessoal e virtudes.

Os pressupostos acima descritos foram tidos em conta na prestação de cuidados especializados ao longo do estágio com relatório, tendo existido o respeito pelos princípios éticos e deontológicos da profissão no contexto de uma prática avançada que visa atingir os padrões de qualidade na área específica da especialidade. Neste âmbito, e de forma a salvaguardar o direito à dignidade e autonomia das utentes mulheres/casais/feto/RN foram integrados os *Humans Rights in Childbirth* (2012), bem como o REPE como quadro legal da prática de enfermagem (Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de setembro de 1996 citado pela OE, 2015b).

De referir ainda que o pensamento, raciocínio crítico e a análise reflexiva foram ferramentas utilizadas neste processo que contribuíram para o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista.

Quanto à melhoria contínua da qualidade, existe uma ligação estreita entre o desenvolvimento de competências e a qualidade dos cuidados de saúde (OE, 2011). Ao longo do percurso efetuado a qualidade dos cuidados foi promovida, particularmente com a mobilização da evidência científica mapeada através da realização da *Scoping Review* (JBI, 2017). A prática baseada na evidência conduz à melhoria dos resultados em saúde e do custo-efetividade das intervenções de enfermagem (OE, 2012).

Das atividades desenvolvidas com a vista à integração da evidência na prática de cuidados especializados, com a orientação da docente orientadora e da orientadora clínica, destaca-se:

- a educação para a saúde, a promoção e a realização da CTCU (EC III – Cuidados de Saúde Primários; EC IV – Cuidados à grávida/casal em situação de risco materno-fetal; e Estágio com Relatório – Sala de Partos);
- e dois momentos de formação em serviço para os profissionais de saúde acerca da prática em questão, benefícios, riscos e fatores de escolha envolvidos, subordinadas ao título: “CTCU: dos conceitos às práticas” (EC III – Cuidados de Saúde Primários e Estágio com Relatório – Sala de Partos).

Ainda referente à competência comum do enfermeiro especialista, de melhoria contínua da qualidade, foram prestados cuidados especializados de qualidade no âmbito da competência H3, do Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia (Lei nº 122/2011 de 18 de fevereiro de 2011). Desta forma, foi promovida a saúde e bem-estar da mulher, feto e convivente significativo durante o TP, bem como foi promovida a otimização da adaptação do RN à vida extrauterina, respeitando as fragilidades desta transição (Meleis, 2010). Foi também realizado o diagnóstico precoce, a prevenção de complicações de saúde da mulher e feto/RN e a prestação de cuidados especializados à mulher com patologia associada durante o TP.

Em suma, a melhoria da qualidade está associada à própria missão do EEESMOG bem como à produção de ganhos em saúde, à capacitação das famílias para o processo de tomada de decisão e ao garante da acessibilidade a cuidados especializados em todos os contextos de trabalho nesta área específica (OE, 2011 e 2015a).

Quanto à competência comum do enfermeiro especialista referente à gestão de cuidados, é pretendido que o enfermeiro especialista seja capaz de gerir recursos e de otimizar os cuidados de forma a assegurar a sua qualidade, no contexto da equipa multidisciplinar e recorrendo à supervisão e à delegação de tarefas (OE, 2011). No decorrer do estágio foi possível participar juntamente com a equipa multidisciplinar na gestão de recursos para a resolução de problemas, bem como participar nos processos de tomada de decisão e na prestação de cuidados especializados.

Em relação à competência comum do enfermeiro especialista referente ao desenvolvimento das aprendizagens profissionais, as mesmas foram desenvolvidas no decorrer do percurso formativo. A capacidade de atuação no contexto específico da sala de partos foi trabalhada, bem como a competência para agir em situações

críticas, solucionar problemas, priorizar cuidados e gerir o tempo disponível. O pilar de atuação e prestação de cuidados especializados constitui-se pela pesquisa e estudo da evidência científica no âmbito teórico e prático. Sentimentos como motivação, autoconfiança e autocontrolo foram crescendo e fundamentaram o investimento nesta área específica. A capacidade de integração na equipa e no serviço permitiram o estabelecimento de relações interpessoais assertivas que por sua vez permitiram contribuir para a reflexão sobre as práticas adotadas, nomeadamente no que diz respeito à CTCU. Por fim, destaca-se o artigo 27º da diretiva 89/ 594/CEE de 30 outubro 1989, que prevê a atribuição do título de EEESMOG pela OE de acordo com o cumprimento de determinados requisitos formativos, reconhecendo internacionalmente as qualificações profissionais da parteira e as atividades para as quais é competente. Neste âmbito destaca-se que foi dada resposta de forma adequada e atempada a todos os requisitos no decorrer do curso.

Para o desenvolvimento de competências, no projeto do estágio foram previamente definidos objetivos e atividades específicas, que são analisadas no presente relatório.

2.2.1. Mapeamento da evidência científica no âmbito das experiências dos enfermeiros obstetras na CTCU

A *Scoping Review* pretende mapear a evidência disponível, o que poderá constituir um exercício preliminar à condução de uma revisão sistemática (JBI, 2017). O ponto de partida para a realização da *Scoping Review* correspondeu à elaboração de uma pergunta segundo a mnemónica PCC proposta pelo *Joanna Briggs Institute* – JBI (2017) (vide quadro nº 2):

“Quais as experiências dos enfermeiros obstetras na clampagem tardia do cordão umbilical, no parto eutócico/normal?”

Quadro nº 2. Questão PCC.

P (POPULAÇÃO)	Enfermeiros obstetras
C (CONCEITO)	Clampagem tardia do cordão umbilical
C (CONTEXTO)	Partos normais em meio hospitalar

Para dar resposta a esta questão foi inicialmente realizada uma pesquisa com as seguintes palavras-chave/ *key words*: clampagem tardia do cordão/delayed cord clamping; cordão umbilical/umbilical cord; parto eutócico ou normal/eutocic delivery or normal delivery; e enfermeiros obstetras/midwives. Esta pesquisa foi realizada em março de 2016 e novamente em junho de 2018 na plataforma EBSCOhost, nas bases de dados: CINAHL Plus with Full Text; MEDLINE with Full Text; Cochrane Database of Systematic Reviews; Academic Search Complete; e ERIC. Foi também efetuada a pesquisa nas bases de dados: Google académico; Biblioteca do Conhecimento Online; Isi Web of Knowledge; e Nursing Reference Center.

Os resultados foram obtidos através da conjugação das palavras-chave e dos descritores indexados para as pesquisas efetuadas nas bases de dados MEDLINE with Full Text e CINAHL Plus with Full Text. Estes foram conjugados com os operadores booleanos AND e OR e permitiram obter as expressões de pesquisa (Apêndice I).

A amostra inicial de artigos obtidos foi de 12223. Depois de aplicados os critérios de inclusão/exclusão (Apêndice II) e de ter sido efetuada a leitura dos títulos e dos resumos, e tendo em conta que estes artigos deviam dar resposta à questão PCC, foram considerados 6 artigos (Apêndice III).

Os 6 artigos selecionados (Apêndice IV) foram alvo de leitura e análise, tendo sido submetidos a uma avaliação crítica através dos instrumentos de apreciação da *JBI* para estudos qualitativos (*JBI*, 2017), tendo os mesmos obtido um score favorável à sua utilização (superior ou igual a 6). Assim sendo, foram extraídos os dados de cada artigo através do instrumento QARI data extraction tools da *JBI* (*JBI*, 2017).

No estudo realizado por Ibrahim *et al.* (2017), cujo objetivo era investigar as práticas atuais dos profissionais de saúde referentes ao tempo de clampagem do CU na Arábia Saudita em 2016, concluiu-se que: apenas 42% dos profissionais reportaram a existência de *guidelines* para a prática da clampagem do CU; 38% reportaram a existência de um tempo determinado para a clampagem do CU quando o neonato era de termo e saudável; e 32% consideravam um tempo determinado para a clampagem do CU em neonatos pré-termo. Apesar de terem sido reportados baixos níveis de consenso entre médicos obstetras e parteiras/os acerca dos benefícios da CTCU para bebés com necessidade de VPP, a maioria dos profissionais (69-71%)

considerou a CTCU como geralmente boa para bebês pré-termo e de termo e com benefícios que se prolongavam além do período neonatal.

Boere *et al.* (2015) na Holanda investigaram o cumprimento das *guidelines* referentes ao tempo de clampagem do CU, tendo concluído que a CTCU foi aplicada após um parto “não complicado” e de termo em 90% das situações, que a CICU foi praticada em 6% e que em 4% não era apontado um tempo específico. Verificaram ainda que as parteiras/os praticavam a clampagem tardia mais frequentemente do que os médicos obstetras (97 vs. 75%). A clampagem após o CU parar de pulsar foi usada em 54% das situações, enquanto 40% dos profissionais utilizavam um tempo fixo, 2% esperavam a expulsão da placenta e 4% não especificavam. A CICU foi preferida pelos médicos obstetras nas situações em que ocorreram partos por cesariana (81%). Em nascimentos de RNs pré-termo foi praticada a clampagem tardia em 54% das situações e a CICU em 36%.

No estudo de Leslie, Erickson-Owens & Cseh (2015), realizado nos Estados Unidos da América, no qual era pretendido explorar a dinâmica envolvida na transição de uma prática menos baseada na evidência para outra com suporte científico (considerando a CTCU), 5 temas emergiram, após análise de conteúdo das entrevistas realizadas: confiança nos colegas; acreditar na evidência; honrar mães e famílias; estar pessoalmente certo dos benefícios da prática; proteger a integridade da mãe e do bebê. Tais temas foram considerados importantes e condutores da mudança de prática entre parteiras/os (12) e médicos (5).

Hutton, Stoll & Taha (2013), levaram a cabo uma pesquisa no Canadá, com o propósito de investigar o tempo de clampagem praticado e as circunstâncias envolventes num centro de cuidados especializados. A pesquisa revelou que mais de metade (56,2%) dos RNs foram submetidos a clampagem do CU aos 15 segundos. A mediana do tempo de clampagem em segundos para o total da amostra foi de 12 (4, 402). Por grupos profissionais: médicos obstetras – 12 (3,107); parteiras/os – 81 (6, indefinido); e médicos de família – 19 (6,325). A mediana tendia a ser maior quando o parto ocorria espontaneamente.

Aasekjær, Jamtvedt & Graverholt (2012), desenvolveram uma investigação na Noruega, na qual pretenderam documentar o tempo de clampagem do CU praticado pelas parteiras/os, no parto normal e identificarem se a prática era baseada na evidência. No estudo realizado, apesar de 53% das participantes no estudo

clamparem o CU de acordo com os *standards* da prática baseada na evidência usados na auditoria, verificaram-se variações no *timing* da clampagem (entre o mesmo departamento e entre diferentes enfermarias), o que evidenciou um não cumprimento das recomendações baseadas na evidência.

Por fim, refere-se o estudo de Downey & Bewley (2010), realizado em Londres (Reino Unido) cujo objetivo era descrever os conhecimentos e as práticas dos médicos obstetras, das parteiras/os e dos médicos neonatologistas, durante o terceiro estágio do trabalho de parto, considerando a clampagem do CU. Neste estudo concluíram que apesar das recomendações acerca da CTCU, a CICU ainda era praticada rotineiramente e que para otimizar os cuidados neonatais, as *guidelines* necessitariam de incluir a definição de objetivos para os dois tipos de clampagem e a evidência científica que está na base das recomendações.

As práticas relativas à clampagem do CU no parto normal ainda variam consoante o local onde se realiza o parto (APEO & FAME, 2009). O papel do enfermeiro obstetra compreende a prestação de cuidados individualizados e humanizados à mulher, RN e família, nomeadamente no momento do nascimento, sendo a CTCU uma prática suportada pela evidência e recomendada através de *guidelines* específicas.

Neste âmbito e de acordo com os artigos mapeados, constatou-se que a prática da CICU ainda é rotineiramente praticada (em vários contextos e países), verificando-se inclusivamente uma assimetria acentuada nos *timings* praticados. Também se verificaram diferenças importantes entre classes profissionais na colocação em prática da CTCU, nomeadamente entre a classe médica e a de enfermagem/parteiras (os). Ainda neste âmbito seria importante a identificação por parte dos profissionais dos constrangimentos existentes para a realização da CTCU.

O estudo da prática do EEESMOG quanto à CTCU tem implicação direta nos cuidados de enfermagem prestados, pois permite a sua otimização. Neste sentido, importa beneficiar o cliente através dos cuidados que decorrem da evidência científica, e projetando os cuidados em parceria com o mesmo (mulher/casal/convivente significativo). De referir que a prática da clampagem do CU em Portugal não se encontra uniformizada e existem falta de *guidelines* específicas a nível nacional.

Neste sentido, a CTCU deve ser primeiramente promovida, capacitando os pais para a tomada de decisão esclarecida, incluindo esta prática se assim desejaram no

plano de parto. O EEESMOG deve também promover a formação em serviço sobre a temática e colaborar na realização de normas institucionais, considerando as novas *guidelines* e a evidência científica (Burleigh & Tizard, 2015).

Realça-se ainda que o mapeamento da evidência científica contribuiu para o desenvolvimento de um percurso formativo e de uma prática baseada em evidência, que alicerçou o planeamento, a realização e avaliação das atividades desenvolvidas com ênfase na CTCU.

2.2.2. Mobilização da evidência científica no percurso realizado

A atualização contínua dos conhecimentos de acordo com a evidência científica mais atual e a respetiva mobilização revelam-se fulcrais para a prestação de cuidados centrados na mulher/família e para a mudança de práticas (OE, 2015).

Ao longo do percurso desenvolvido foram utilizadas diferentes estratégias para a divulgação da evidência mapeada que englobaram utentes, profissionais, a orientadora clínica, os colegas de curso e a docente orientadora. Foi utilizada uma comunicação assertiva e procurada a negociação e a flexibilização das práticas instituídas com recurso à persuasão, perseverança, motivação e iniciativa para a consecução dos objetivos planeados.

No EC em contexto de centro de saúde/cuidados de saúde primários e no estágio realizado na sala de partos foram planeados momentos de formação em serviço que tiveram o propósito de abordar os benefícios decorrentes da CTCU, de promover a reflexão sobre as práticas e os riscos/controvérsias/fatores condicionantes associados. No contexto de cuidados de saúde primários a equipa multidisciplinar à qual foi dirigida a formação, referiu que a CTCU não era abordada nos contactos efetuados com as grávidas/famílias e mencionou como um obstáculo para essa abordagem o grau de literacia da população. Nesse EC além da divulgação da evidência mapeada à equipa multidisciplinar, foi também realizada a divulgação às grávidas/conviventes significativos presentes na consulta de vigilância de gravidez de baixo risco, considerando a individualidade dos mesmos e a disponibilidade/interesse para tal. Desta forma foram desenvolvidos cuidados à mulher inserida na família e na comunidade durante o período pré-natal, visando e promovendo a sua saúde e a tomada de decisão informada e esclarecida, particularmente acerca do tema da CTCU. É ainda importante referir que foi possível promover a elaboração de planos

de parto, contemplando particularmente a CTCU sempre que existia interesse para tal. Considerando as competências da ICM (2013) desenvolveu-se a terceira competência, a qual diz respeito à assistência pré-natal prestada pelo EEESMOG e que deve corresponder a cuidados de alta qualidade que visam a maximização da saúde durante a gravidez.

No contexto de sala de partos a sessão de formação realizada foi dirigida à equipa de enfermagem da instituição em geral e do serviço em particular.

No decurso da realização da mesma, percebeu-se que a maioria dos enfermeiros tinha conhecimento sobre alguns benefícios específicos da CTCU mas que na sua prática quotidiana efetuava a CICU. As justificações referidas para tal, incidiam na falta de uniformização e de orientações institucionais e na insegurança gerada por algumas controvérsias associadas à prática da CTCU. Assim sendo e perante os fatores mencionados, foi criado um momento de divulgação de informação e de debate sobre a mobilização da mesma na prática. No final da sessão de formação e depois da desmistificação de alguns aspetos foi possível refletir com a equipa de enfermagem sobre a pertinência do desenvolvimento da uniformização de uma abordagem da clampagem do CU que priorizasse a clampagem tardia.

Neste âmbito, realça-se que globalmente as perceções adquiridas na sessão foram ao encontro dos dados obtidos através da *Scoping Review (JBI, 2017)*.

No que concerne à mobilização da evidência mapeada nos cuidados prestados à parturiente/família no bloco de partos, enfatiza-se o desenvolvimento de atividades de educação para a saúde no 1º e 2º estágio de TP. Desta forma, foi avaliada a necessidade de informação de cada parturiente/família sobre a CTCU e foi promovida uma decisão informada, livre e esclarecida. Ao reconhecer o papel ativo da parturiente/convivente significativo foi possível estabelecer uma parceria de cuidados efetiva (OE, 2015). Não obstante, em algumas situações em que as parturientes não dominavam a língua portuguesa ou inglesa, verificou-se alguma dificuldade no fornecimento de informação, havendo necessidade de mediar uma tradução informal com o acompanhante, normalmente o marido, quer sobre a CTCU, quer sobre os restantes cuidados/situação clínica.

A abordagem realizada incluiu a validação de conhecimentos prévios ou interesse sobre o tema, a inquirição sobre a realização de preparação para o nascimento e a existência de plano de parto, a explicação do conceito de clampagem

tardia, os seus riscos e benefícios e a avaliação da motivação da parturiente/família para a prática em si. A transmissão da informação relativa à CTCU, quanto à sua forma, conteúdo e tempo despendido, foi realizada tendo em conta a individualidade da parturiente/convivente significativo e a sua circunstância clínica. Esta abordagem contribuiu para otimizar a transição situacional e de desenvolvimento que o nascimento representa (Meleis, 2010).

No percurso realizado, a percepção adquirida através dos cuidados prestados, foi, de que a maior parte das parturientes/conviventes significativos não tinha conhecimento prévio acerca da CTCU, não tinha realizado preparação para o nascimento e não possuíam um plano de parto escrito. Não obstante, a prática da CTCU foi promovida através da educação para a saúde tendo sido desejada por todas as parturientes/conviventes significativos à exceção de 1 parturiente.

Considerando o total de 43 partos assistidos, foram realizadas 38 CTCU (até parar de pulsar sendo que em 5 dos casos o CU foi laqueado apenas após a dequitação). A existência de 5 situações em que se identificaram circulares cervicais largas não inviabilizaram a prática. Refere-se ainda que as únicas situações que impossibilitaram a prática da CTCU disseram respeito a: 2 situações em que por opção da parturiente foi realizada colheita de sangue para criopreservação de células estaminais; 1 caso em que ocorreu uma circular cervical apertada; 1 situação em que a instabilidade do RN não o permitiu (necessidade de aspiração de mecónio); e 1 situação em que aquando nascimento a mãe recusou contato pele-a-pele com o RN e a CTCU (aparentemente por exaustão psicológica/emocional). Todas as famílias envolvidas nas situações descritas, foram visitadas no serviço de puerpério e todas tiveram alta na data prevista (48 horas pós-parto).

No âmbito da CTCU e mobilizando ainda o que foi possível perceber no decurso do EC II - Puerpério, realça-se que das puérperas a quem se prestou cuidados, apenas 2 referiram ter realizado um plano de parto no qual incluíam a CTCU e justificaram este pedido com base no conhecimento dos benefícios desta prática nas aulas de preparação para o parto. Os RNs sujeitos a esta prática encontravam-se hemodinamicamente estáveis e apresentavam pele e mucosas coradas e hidratadas, tendo um deles apresentado necessidade de fototerapia por valores de bilirrubina transcutânea elevados.

No que diz respeito ao EC IV - Cuidados à grávida/casal em situação de risco materno-fetal, apenas se identificou uma grávida que possuía plano de parto e no qual tinha incluído a CTCU. A grávida em questão referiu ter tido conhecimento dos benefícios desta prática durante o curso de preparação para o nascimento/parto. No decurso deste EC, sempre que foi identificada como uma necessidade, foi realizada educação para a saúde acerca da CTCU às grávidas/conviventes significativos.

A realização da *Scoping Review* (JBI, 2017) e a mobilização da evidência científica permitiu o desenvolvimento da competência específica H3 do Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia (Lei nº 122/2011 de 18 de fevereiro de 2011). Neste sentido, foi promovida a saúde e bem-estar da mulher, feto e convivente significativo durante o TP e a otimização da adaptação do RN à vida extrauterina.

Neste contexto, realça-se ainda o diagnóstico precoce e a prevenção de complicações de saúde da mulher e feto/RN que foi realizado a par com o desenvolvimento da prática da CTCU e a capacitação das mulheres/conviventes significativos para o exercício da sua autonomia. Assim, a quarta competência da ICM (2013), que visa a alta qualidade das intervenções das parteiras, através de cuidados culturalmente sensíveis e promoção da segurança durante o TP foi também trabalhada e desenvolvida.

2.2.3. Desenvolvimento de competências para a prestação de cuidados especializados à mulher, feto/RN e conviventes significativos durante o trabalho de parto, com ênfase na CTCU no parto normal

Neste capítulo é considerada a competência específica H3: “Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto” e respetivo descritivo “Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do RN na sua adaptação à vida extrauterina.” (Regulamento das Competências Específicas do EEESMOG, Lei nº 127/2011 de 18 de fevereiro de 2011, p.8664). De igual forma é considerada a quarta competência da ICM (2013, p. 11): “Midwives provide high quality, culturally sensitive care during labour, conduct a clean and safe birth and handle selected emergency situations to maximize the health of women and their newborns.” O desenvolvimento das competências previstas permitiu ainda dar

resposta aos critérios correspondentes ao artigo 27º da diretiva 89/ 594/CEE de 30 outubro 1989.

Neste âmbito, foram prestados cuidados especializados à mulher/família durante os 4 estádios de TP e com especial atenção à dimensão da segurança e à promoção da qualidade dos cuidados. Desta forma, foram considerados objetivos e atividades específicas. Os objetivos foram inicialmente estipulados tendo em conta as unidades de competência correspondentes à competência H3 do regulamento de competências específicas da OE (Regulamento das Competências Específicas do EEESMOG, Lei nº 127/2011 de 18 de fevereiro de 2011). As atividades desenvolvidas permitiram, por sua vez, cumprir os critérios de avaliação existentes. Estas atividades são avaliadas seguidamente considerando cada competência de forma individual.

H3.1. Promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimiza a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina

Ao longo do estágio com relatório e de acordo com a APEO & FAME (2009), foi prestado apoio à parturiente/convivente significativo ou casal em TP, considerando a componente física, emocional e psicológica e promovendo um parto respeitado. Os cuidados foram individualizados considerando o plano de parto da parturiente (escrito ou verbal) e os seus antecedentes pessoais, obstétricos e a história de gravidez atual (constantes no boletim de saúde da grávida). O estabelecimento de uma parceria com a parturiente/casal para a definição do seu plano de cuidados alicerçou o cuidado centrado na pessoa. Durante este processo o estabelecimento de uma relação terapêutica foi fundamental e para tal foi desenvolvida a capacidade empática, a escuta ativa e a promoção do exercício dos direitos dos utentes com ênfase na autonomia.

A expressão da vontade da parturiente/casal deve ser promovida e apoiada, constituindo-se o plano de parto como um importante instrumento para a prestação de cuidados individualizados (OE, 2015). Assim, mesmo na ausência de um plano de parto escrito, foram obtidos dados acerca das expectativas da parturiente/casal e foi promovido o consentimento informado para as intervenções propostas. Integrando estes pressupostos na prática clínica, e encarando o nascimento como um momento de transição (Meleis, 2010), este processo torna-se mais saudável para a tríade. Também os diferentes valores, crenças e costumes associados à multiculturalidade

existentes foram respeitados, considerando uma perspetiva de cuidados culturalmente sensível e procurando transpor barreiras, nomeadamente linguísticas.

Tendo em conta o plano de parto, foram considerados aspetos tais como: métodos naturais e farmacológicos de alívio da dor; liberdade de movimentos, utilização da bola de *Pilates* e de posições verticais; ingestão de alimentos/líquidos durante o TP; eliminação vesical e intestinal espontâneas; participação da parturiente no período expulsivo particularmente na receção do RN; contacto pele-a-pele; CTCU; e presença do acompanhante e laqueação do CU pelo mesmo. Todas as intervenções mencionadas constituem estratégias de promoção de conforto e bem-estar da mulher, promovem o parto normal e otimizam a adaptação do RN à vida extrauterina, sendo praticadas com base na evidência científica mais recente (APEO & FAME, 2009; OE & APEO, 2012; OE, 2015; OMS, 2018).

Os métodos naturais de alívio da dor solicitados e mobilizados foram na sua maioria relativos a posições de conforto escolhidas pela parturiente, a massagens, à aplicação de calor, à hidroterapia, à musicoterapia e a exercícios de respiração e de relaxamento através da técnica de visualização. Já os métodos farmacológicos incluíram as vias endovenosa e a loco-regional (analgesia epidural, sequencial, bloqueio do nervo pudendo e analgesia local com lidocaína). A grande maioria das parturientes foram recetivas à utilização de métodos naturais de alívio da dor, solicitando por vezes em complementaridade a analgesia endovenosa na fase latente do TP. A administração de analgesia loco-regional (epidural) foi administrada na fase ativa do TP e preservada a liberdade de movimentos, tal como solicitado pelas parturientes. A analgesia epidural, continua comumente a ser administrada na fase ativa do TP (3-4cm), no entanto a literatura defende que este tipo de analgesia não prolonga o TP e pode ser administrada em qualquer estágio, desde que solicitada (Wassen, Zuijlen, Roumen, Smits, Marcus & Nijhuis, 2011). No decurso do estágio foram respeitadas as opções das parturientes no que diz respeito à gestão da dor e à escolha dos métodos para o alívio da mesma, proporcionando-lhes informação acerca dos métodos disponíveis e apoiando-as nas suas escolhas. A dor foi avaliada e registada sempre que necessário, recorrendo a uma escala numérica e à avaliação de sinais e sintomas.

A grande maioria das parturientes mobilizou a liberdade de movimentos, as posições verticais e a bola de *Pilates*, favorecendo a evolução positiva do 1º estágio

TP e o seu conforto e bem-estar (OE & APEO, 2012; OMS, 1996). De acordo com a OMS (1996), a promoção de posições verticais durante o parto depende da experiência do enfermeiro obstetra/parteira(o). A APEO & FAME (2009) referem que o enfermeiro especialista deve contribuir para que a mulher adote a posição que melhor responder ao que o seu corpo lhe solicitar inclusive no período expulsivo. Durante o estágio, nas utentes que não manifestaram vontade em realizar o período expulsivo numa posição específica, foi adotada a posição de litotomia modificada.

A ingestão de alimentos durante o TP ocorreu até à fase ativa do primeiro estágio do TP, tendo a partir desse ponto ocorrido apenas a ingestão de líquidos claros de acordo com o desejado pela parturiente. Foi também promovida a eliminação vesical e intestinal espontâneas, sendo realizado esvaziamento vesical apenas quando necessário e não como um ato de rotina (presença de globo vesical associado a técnica de analgesia loco-regional) (APEO & FAME, 2009; OE & APEO, 2012; OE, 2015; OMS, 2018).

Quanto à participação da parturiente, esta incluiu o toque da apresentação pela mesma (no nível 3, 4 ou 5 de *De/ee*), sempre que a sugestão foi aceite, de forma a motivá-la para o nascimento (4 casos). A receção do RN também e o contacto pele-a-pele foram realizados de acordo com as opções de cada parturiente/acompanhante. O contacto pele-a-pele foi promovido de forma imediata e prolongada em 41 dos 43 partos assistidos, evitando-se a separação do RN para pesagem, para vestir ou para a administração de vitamina K. O toque e a comunicação com o RN, através do contacto íntimo pele-a-pele e da amamentação, promovem o desenvolvimento da vinculação e a regulação dos sistemas fisiológicos do bebé (Brazelton, 2013).

Neste âmbito, em todos os partos assistidos foi também promovido o aleitamento materno particularmente na primeira hora de vida decorrente do contacto-pele-a-pele. Após confirmação do desejo de amamentar foi prestado apoio na adaptação do RN à mama, sublinhando aspetos importantes relacionados com os sinais de boa pega, vantagens do aleitamento materno e prevenção de desconfortos associados à descida de leite. De acordo com Levy & Bértolo (2012), deve ser veiculada informação sobre as vantagens do aleitamento materno para o bebé e para a mãe, nomeadamente ao prazer que uma mãe esclarecida e apoiada pode ter no aleitamento materno em detrimento do dever em o fazer.

A promoção da vinculação pais/bebê foi também realizada através da inclusão do acompanhante/convivente significativo no processo de TP. A presença do convivente significativo foi promovida desde a admissão da parturiente à sala de partos, independentemente do estágio de TP, desde que desejada por ambos. Tal como foi denotado no decorrer do estágio com relatório, existem vantagens na presença do convivente significativo/acompanhante uma vez que contribui para: desenvolver um sentimento de confiança e controlo, melhorar a comunicação, melhorar a percepção do parto e obter maior satisfação, diminuir a necessidade de medicação e analgesia e diminuição do tempo de TP, melhorar resultados na amamentação e diminuir relatos de cansaço intra e pós-parto (Erlandsson, Dsilna, Fagerberg & Christensson, 2007; Gungor & Beji, 2007; Nakano, Silva, Beleza, Stefanello & Gomes, 2007). Nos casos de partos eutócicos, todas as parturientes tiveram acompanhantes que na maioria disseram respeito aos progenitores do RN. Em três situações manifestaram a necessidade de sair no segundo estágio do TP, por não conseguirem “lidar com a visualização de sangue” sic.

H3.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido

Como meio privilegiado para a monitorização do bem-estar materno-fetal durante o TP foi utilizada a cardiotocografia. Apesar do *Royal College of Midwives* (2012) recomendar a auscultação dos batimentos cardíacos fetais de forma intermitente durante o 1º estágio do TP de 15 em 15 minutos e 1 minuto após cada contração, a maioria das parturientes foi sujeita a monitorização contínua, por protocolo do serviço e por constituírem situações de indução de TP, perfusão ocitócica, analgesia epidural, presença de líquido meconial ou presença de CTG categoria II ou III (classificação da ACOG, ACOG, 2009).

As manobras de Leopold foram realizadas a todas as grávidas com o objetivo de identificar a posição, a situação, a apresentação e a atitude fetal (estática fetal), bem como o número de fetos, o grau de descida em relação à pélvis e a localização do ponto de intensidade máxima da frequência cardíaca fetal (Néné, Marques & Batista, 2016; Lowdermilk & Perry, 2009).

A observação ginecológica e o toque vaginal (com avaliação da consistência, posição, apagamento e dilatação cervical, integridade das membranas, cor do líquido amniótico, adequação feto-pélvica e apresentação fetal) foram efetuados consoante

a necessidade de avaliar a progressão do TP e considerando as queixas da parturiente, sendo esta avaliação recomendada preferencialmente em intervalos de 4 em 4 horas (OMS, 2018). O toque vaginal além de representar um aumento de risco para infecção é desconfortável para a mulher, sendo que foi realizado num ambiente de maior privacidade e tranquilidade possíveis. A parturiente/convivente significativo foram neste âmbito respeitados e informados da evolução e bem-estar materno-fetal (OMS, 2018). No decorrer do estágio com relatório, a identificação da dilatação do colo uterino, da variedade fetal e da estrutura óssea da bacia materna através do toque vaginal foi melhorada, conseguindo proceder à mesma de forma correta. Quando a avaliação da dilatação do colo uterino e da descida da apresentação indicavam um TP com progressão lenta foi reforçada a importância de algumas medidas à parturiente, tais como a sua verticalização e a reavaliação de algumas medidas de relaxamento ou de analgesia de TP. Foram também avaliadas as características das contrações quanto à sua intensidade, duração e frequência, bem como foi avaliada a existência de desproporção cefalopélvica e a existência de bexiga distendida (Néné *et al.*, 2016). A avaliação da integridade das membranas foi também realizada, tendo ocorrido a rotura artificial de bolsa de águas ou amniotomia em 5 situações. Nestas situações específicas existia uma paragem da progressão do TP, não sendo a amniotomia ou a administração de perfusão ocitócica procedimentos recomendados por rotina (OMS, 2018). Aquando a realização da mesma, sob monitorização cardiotocográfica contínua, foram avaliadas complicações ou riscos possíveis, tais como o prolapso do CU, hemorragias, bradicardia fetal, rotura de vasa prévia, infeções e desconforto (Regulamento das Competências Específicas do EEESMOG, Lei nº 127/2011 de 18 de fevereiro de 2011), não se tendo verificado nenhuma das complicações enunciadas.

Outra das avaliações realizadas diz respeito à alteração do padrão respiratório e comportamento da parturiente incluindo a verbalização da necessidade de fazer esforços expulsivos, e à alteração do padrão contrátil uterino.

O partograma utilizado neste contexto mostrou ser um instrumento importante de registo e deteção de situações anómalas e de risco (APEO & FAME, 2009). Desta forma, foi possível avaliar e registar a progressão do TP e bem-estar materno-fetal, intervindo sempre que necessário (OE, 2015a). A mecânica e a dinâmica do TP foi assim continuamente avaliada tendo sido efetuados os seguintes registos: sinais vitais

maternos, estática fetal, estado das membranas, características do líquido amniótico, dilatação cervical, frequência cardíaca fetal e dinâmica uterina (APEO & FAME, 2009). Assim, o partograma permitiu diagnosticar precocemente e prevenir complicações para a saúde materno-fetal, referenciando as situações que estavam para além da área de atuação do EEESMOG que corresponderam a alterações na cardiocotografia (CTG categoria I e II, ACOG, 2009), presença de líquido amniótico meconial, hemorragia vaginal por provável descolamento de placenta normalmente inserida, hipertonia uterina, estrutura pélvica materna não adequada e paragem da progressão do TP (APEO & FAME, 2009).

Nos casos de alterações do traçado obtido através da monitorização cardiocotografica tais como bradicardia fetal e/ou presença de desacelerações tardias ou variáveis, foram implementadas intervenções de correção da volémia materna e otimização da circulação fetoplacentária. Procedeu-se assim à suspensão de perfusão ocitócica e/ou administração de tocolítico, à alteração de decúbito, à administração rápida de fluidos cristalóides e à oxigenoterapia (apesar da eficácia desta última medida não estar devidamente comprovada) (Graça, 2017). Sempre que necessário foi solicitado a intervenção da equipa médica (Regulamento das Competências Específicas do EEESMOG, Lei nº 127/2011 de 18 de Fevereiro de 2011).

A condução do TP foi na maioria das situações realizada com recurso a perfusão ocitócica. A administração de fluidos endovenosos ocorreu na sua maioria com lactato de ringer (sempre que foi administrada a analgesia loco regional, como protocolado) e solução polieletrólítica com glicose, tendo sido puncionado acesso venoso periférico às parturientes.

O TP engloba 4 estádios. O primeiro estágio tem início com o aparecimento das primeiras contrações uterinas regulares e termina com a dilatação completa do colo uterino. O segundo estágio decorre desde a dilatação completa até ao nascimento. O terceiro estágio inclui o nascimento e termina com a expulsão da placenta. Por último, o quarto estágio tem a duração média de duas horas após a saída da placenta e denomina-se puerpério imediato (Néné *et al.*, 2016; Posner, Dy, Black & Jones, 2014; Lowdermilk & Perry, 2009).

No total foram acompanhadas 72 parturientes/conviventes significativos no primeiro estágio do TP que foram admitidas em TP espontâneo, para e em indução de trabalho de parto e para vigilância do bem-estar materno-fetal. Ocorreram 9 paragens de progressão do TP, 1 situação de descolamento de placenta normalmente inserida e 1 caso de CTG categoria II/III (ACOG, 2009) que corresponderam a 9 partos distócicos por ventosa ou fórceps e 2 partos por cesariana.

No segundo estágio do TP, a descida da apresentação fetal resultou no estímulo do reflexo de *Ferguson* (Montenegro & Rezende, 2018; APEO & FAME, 2009 e Lowdermilk & Perry (2009). Contudo em algumas situações foi necessário dirigir os esforços expulsivos, como consequência da analgesia epidural (OE, 2015). Tal como no primeiro estágio, durante o segundo estágio, foram utilizadas posições verticalizadas de acordo com a vontade da parturiente e de forma a proporcionar conforto e alívio da sua dor, bem como favorecer a mecânica (encravamento e descida da apresentação) e a dinâmica do TP (estímulo da contratilidade). As parturientes que utilizaram posições verticalizadas apresentaram uma evolução mais rápida do TP e menor intensidade de dor. A cardiocardiografia também não registou anomalias, tal como esperado (Néné *et al.*, 2016; Posner *et al.*, 2014; Lowdermilk & Perry, 2009; Romano & Lothian, 2008). No entanto, relativamente ao período de expulsão o uso de posições verticais não foi uma prática corrente. Neste âmbito, de acordo com Mwanzia (2014) e Calais-Germain & Parés (2009), a existência de um EEESMOG com experiência na condução do parto verticalizado seria fundamental para constituir um modelo a seguir. Concomitantemente, não existiu nenhuma parturiente que não aceitasse a posição de litotomia, preferindo esta posição. Mamede *et al.*, 2004 diz-nos que este facto se deve a um défice de conhecimentos no período pré-natal relacionado com uma tomada de decisão influenciada pelo processo de aculturação. Segundo as recomendações da OE, o EEESMOG deve desencorajar a posição em decúbito dorsal, devendo incentivar a mulher a adotar outras posições que considere mais confortável. As posições verticais permitem trabalhos de parto mais curtos, redução da necessidade de analgesia, menor número de episiotomias e de alterações anormais da frequência cardíaca fetal e maior sensação de controlo por parte da parturiente (OE, 2015a).

Dos 43 partos realizados, todos os fetos se encontravam em apresentação cefálica, 4 em variedade posterior e 2 com precedência de uma das mãos. Verificou-

se a existência de 1 circular cervical apertada que foi laqueada não tendo sido possível praticar a manobra de *Somersault*, que apesar de benéfica para o RN ainda não é considerada como uma prática corrente (OE, 2015).

Ocorreram 3 situações de distócia de ombros resolvidas através da manobra de *McRoberts* e de pressão supra-púbica (Montenegro & Rezende, 2018; Posner *et al.*, 2014).

Considerando os 43 nascimentos, os RNs apresentaram pesos entre 2080 gr e 4000 gr. O valor mais baixo de IA ao primeiro minuto foi de 8, seguido de um de 10 aos 5 minutos. Este valor de IA correspondeu a uma situação de distócia de ombros e a uma situação na qual tinha sido administrada analgesia endovenosa (petidina). Nos RNs com maior suscetibilidade de hipoglicemia (baixo peso ao nascer, macrossomia, filhos de mães diabéticas) e com sintomatologia suspeita (irritabilidade, alteração do tônus muscular, letargia ou tremores) foram avaliadas as glicêmias de acordo com as necessidades identificadas e os protocolos do serviço. Ainda no decorrer deste estágio foi possível prestar cuidados imediatos a cerca de 25 RN em partos realizados por outros profissionais.

De salientar ainda a oportunidade de intervir/participar em manobras de reanimação neonatal no caso de um nascimento precipitado de um RN pré-termo de 24 semanas. Não foi possível assistir nenhum parto vaginal com o feto em apresentação pélvica, no entanto a técnica foi simulada em sala de aula para possibilitar o desenvolvimento da competência para em situações de urgência executar partos de apresentação pélvica (Regulamento das Competências Específicas do EEESMOG, Lei nº 127/2011 de 18 de fevereiro de 2011).

Foram efetuadas manobras de proteção do períneo, através da Manobra de *Ritgen* modificada, episiotomia seletiva, não manipulação do períneo e esforços expulsivos espontâneos e não dirigidos (Montenegro & Rezende, 2018; Néné *et al.*, 2016; Posner *et al.*, 2014; OE 2015a; Lowdermilk & Perry, 2009). Após a dequitação foi sempre avaliada a integridade do canal de parto e do períneo: em 14 casos ocorreram lacerações de grau I; em 3 casos ocorreram lacerações de grau II; em 18 casos a integridade do períneo foi mantida; e em 8 casos foi necessário recorrer a episiotomia. Em todos os casos de laceração ou episiotomia foi realizada perineorrafia/episiiorrafia, sem necessidade de solicitar intervenção médica. O

aperfeiçoamento da técnica de sutura foi conseguido com sucesso, com o apoio e supervisão da orientadora clínica.

Após o nascimento deve ocorrer a expulsão da placenta que corresponde ao terceiro estágio do TP (Posner *et al.*, 2014; Lowdermilk & Perry, 2009), o qual pode ser assistido mediante uma conduta fisiológica/expectante ou ativa (OE, 2015a). A conduta a adotar que se encontra recomendada pela OMS (2018) é a conduta ativa. No entanto e de acordo com a prática implementada no serviço foi adotada uma abordagem mista, uma vez que a administração de ocitocina apenas é efetuada após a expulsão da placenta. Assim, após a CTCU foram detetados os sinais de descolamento da placenta, realizada tração controlada do CU e administrada ocitocina endovenosa para prevenção da hemorragia pós-parto (ACOG, 2017a). Foi também possível identificar os dois mecanismos de descolamento placentar (*Duncan e Schultz*). A placenta, o CU e as membranas foram sempre observadas de forma a verificar a sua integridade e as suas características. Não obstante na maioria dos partos ter ocorrido uma dequitação completa, constatou-se 1 caso de fragmentação de membranas (que implicou a revisão manual e o controlo ecográfico pela equipa médica), 1 caso de retenção de cotilédones placentários (no qual foi necessário a revisão uterina em contexto de bloco operatório), 3 casos de hemorragias pós-parto ligeiras e 1 caso de hemorragia pós-parto moderada. Após a expulsão da placenta, foi realizada massagem no fundo uterino e verificada a formação do globo de segurança de *Pinard*. Foi também realizada a avaliação de perda sanguínea materna, a prevenção de globo vesical e a promoção do início da amamentação precoce, como prevenção da hipotonia/atonia uterina.

Por fim, tal como nos outros estádios, durante o quarto estágio do TP foi promovido o conforto e bem-estar da puérpera, do convivente significativo e do RN, respeitando a privacidade e tempo da família, apoiando a vinculação entre a tríade e o processo de transição de papéis e adaptação à parentalidade (Meleis, 2010).

A vigilância foi mantida, de forma a prevenir e detetar precocemente possíveis complicações. Foi realizada uma avaliação contínua dos parâmetros físicos, nomeadamente obstétricos, bem como uma avaliação emocional/psicológica da parturiente/casal. A dor foi continuamente avaliada tendo sido administrada medicação analgésica prescrita e utilizada a crioterapia a nível perineal. Os RNs foram

avaliados fisicamente procurando despistar a existência de alterações ou malformações e a amamentação na 1ª hora de vida foi promovida.

Nesta fase foi realizada educação para a saúde mediante as necessidades detetadas, que incluíram os cuidados perineais, promoção do autocuidado e cuidados ao RN.

Duas horas após o parto sempre que existia vaga foi realizada a transferência da puérpera e do RN para o serviço de puerpério, com transmissão das informações relevantes para a continuidade dos cuidados.

A idade das parturientes variou entre 21 e 39 anos e a idade gestacional compreendeu as 36 semanas e 2 dias e as 41 semanas e 3 dias.

H3.3. Providencia cuidados à mulher com patologia associada e ou concomitante com a gravidez e ou com o trabalho de parto

Durante o percurso desenvolvido foi ainda possível prestar cuidados a mulheres em TP com patologia associada tais como diabetes *mellitus* tipo I e diabetes gestacional, hipertensão induzida pela gravidez e hipertensão crónica, pré-eclâmpsia, asma, depressão e obesidade, detetando e prevenindo complicações precocemente (Regulamento das Competências Específicas do EEESMOG, Lei nº 127/2011 de 18 de fevereiro de 2011). Foram também acompanhadas situações de restrição de crescimento fetal/desaceleração do crescimento fetal, situações de oligoâmnios e situações de alterações fetais renais minor. Importa ainda referir que foram seguidos protocolos de atuação relativos a patologias como a diabetes e a pré-eclâmpsia.

Ainda no decorrer do estágio, verificaram-se situações que correspondiam a risco infeccioso, tais como gravidez mal vigiada, hipertermia materna, rutura prematura de membranas e presença de *Streptococcus* β hemolítico do grupo B positivo. Nestas situações específicas, foi solicitada intervenção médica, tendo sido realizadas intervenções interdependentes como a administração de medicação (antibioterapia e antipiréticos) e colheita de sangue para análise. Das intervenções autónomas realça-se a monitorização do bem-estar materno-fetal e o apoio emocional.

Nos casos de abortamento e de feto morto, nos quais houve participação na prestação de cuidados, durante a sua evolução foram desenvolvidas competências relacionadas com o processo de luto da mulher/família, com a relação terapêutica e com a prevenção de complicações, considerando este evento uma transição particular (Meleis, 2010).

Por fim, resta ainda referir que foi possível conhecer e participar na dinâmica de funcionamento da triagem/admissão do serviço de urgência e da unidade de recobro e de cuidados intensivos. Estas oportunidades permitiram perspetivar o circuito de algumas utentes de uma forma mais completa, bem como promover a continuidade de cuidados nos contextos referidos. Além disso, permitiram ainda a participação nos cuidados prestados tanto a utentes com patologia do foro ginecológico como do foro obstétrico, contribuindo para o desenvolvimento de competências.

2.2.4. Desenvolvimento do pensamento e do raciocínio crítico

A realização das atividades previstas e do presente relatório tornou possível o desenvolvimento de um pensamento reflexivo e de um raciocínio crítico sobre o percurso realizado. Neste contexto, as competências específicas foram desenvolvidas através de uma prática baseada na evidência que conferiu pertinência aos cuidados prestados, diferenciando-os dos cuidados gerais. Neste percurso ocorreu um enriquecimento pessoal e profissional que nasceu da reflexão crítica, pretendendo-se também um crescimento contínuo ao longo do exercício profissional, promovendo assim a excelência dos cuidados (OE, 2015). É esta prática reflexiva que permite conduzir a processos de mudança promotores da qualidade. Assim, de uma nova compreensão e análise consciente dos fenómenos e conceitos surge uma situação de aprendizagem e melhoria dos conhecimentos e do desempenho. A reflexão é realizada em retrospectiva e incide na ação, permitindo refletir sobre as práticas, aumentar a confiança no desempenho, melhorar a aptidão, no sentido do que é correto, abordar a enfermagem de forma crítica, intencional e sistemática e obter conhecimentos adicionais (Santos & Fernandes, 2004). A metodologia utilizada por Santos & Fernandes (2004) inclui uma abordagem metódica e estruturada do processo reflexivo, que engloba a perceção de uma inquietação, a sua descrição, análise crítica, síntese e avaliação. Tal metodologia tem por base o Modelo de Desenvolvimento de Emancipação Profissional de Kim (1999) e os pressupostos de Goodman (1994) e Boud *et al.* (1995) (Santos & Fernandes, 2004).

Este modelo, de fácil aplicabilidade e compreensão, serviu de base para a prática reflexiva do percurso desenvolvido. À luz do mesmo foram elaborados os diários de aprendizagem, o presente relatório, restantes trabalhos realizados e as

reuniões realizadas ao longo do estágio. Foi assim possível aferir acerca do processo de desenvolvimento de competências e avaliar a qualidade dos cuidados prestados neste contexto. Em conclusão, foram descritas situações específicas de cuidados que representavam momentos de aprendizagem através da sua análise crítica e avaliação, permitindo desta forma a mobilização de conhecimentos e a sua integração na prática.

2.3. Limitações do percurso de desenvolvimento de competências

Considerando o percurso de aprendizagem desenvolvido importa referir as limitações existentes. Estas incluíram aspetos relativos à elaboração da *Scoping Review* (JBI, 2017), tais como: o tempo limitado para a realização da mesma, o nº reduzido de estudos encontrados, a inexistência de estudos sobre o tema em Portugal, a existência de apenas um estudo que incluía estratégias para a mudança e a opção por seleccionar artigos publicados em duas línguas que pode ter limitado o acesso a alguns artigos relevantes. No entanto, apesar das limitações descritas, a elaboração da *Scoping Review* (JBI, 2017) permitiu mapear as experiências dos enfermeiros obstetras na CTCU.

Quanto às limitações relacionadas com a realização do estágio com relatório e os demais ECs, considero a atividade profissional concomitante e algumas situações pessoais/familiares particulares. No entanto, estas condicionantes foram ultrapassadas através de esforço pessoal e profissional e através de um comportamento de resiliência familiar. Importa ainda referir que o estágio com relatório é temporalmente prolongado, com uma carga horária significativa e por isso exigente tanto física como psicologicamente/emocionalmente. A elaboração do presente relatório tem como limitação o horizonte temporal de entrega e a capacidade de síntese necessária ao cumprimento do limite de páginas.

No que diz respeito à consecução dos objetivos de estágio e no que concerne à temática da CTCU foi possível desenvolver as atividades planeadas e as competências previstas, promovendo a prática baseada na evidência. Esta prática foi promovida não só através da divulgação de evidência científica em sessões de formação, como em momentos de reflexão em equipa. Também a sensibilização das parturientes/conviventes significativos constituiu uma ferramenta importante para a implementação desta prática.

3. CONTRIBUTOS PARA A PRÁTICA

A promoção do parto respeitado foi o grande contributo decorrente do percurso efetuado (particularmente no contexto de sala de partos) e da realização deste trabalho. O parto respeitado pressupõe o respeito pelo princípio da autonomia que implica o consentimento informado para todas e quaisquer intervenções e neste âmbito apela para a atenção ao plano de parto (escrito ou não) da parturiente/convivente significativo.

Segundo o parecer nº 7/2012 da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, o plano de parto ou plano de nascimento consiste num documento escrito, elaborado pelo casal grávido em que estão expressos os seus desejos relativamente ao seu TP. De acordo com a associação portuguesa pelos direitos da mulher da gravidez e parto (2017), o plano de parto corresponde às expectativas do casal e pressupõe uma informação correta relativamente ao TP. A sua elaboração é encorajada pela OMS (2018), sendo considerada uma conduta claramente útil.

O EEESMOG promove o plano de parto, aconselha e apoia a mulher na sua decisão. Desta forma, atua de acordo com o plano de parto estabelecido em parceria com a mulher, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado. É fundamental que o plano de parto seja elaborado com o apoio do EEESMOG no sentido de salvaguardar a real e correta informação adquirida pelo casal relativamente às expectativas e desejos apresentados no mesmo e à sua exequibilidade, tendo por base o constante bem-estar materno-fetal (parecer nº 7/2012 da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica).

Neste âmbito, a experiência de parto determina uma vivência mais ou menos saudável do processo influenciando também a transição para a parentalidade (Henriques, Santos, Caceiro & Ramalho, 2015). A compreensão das intenções da parturiente/convivente significativo, a promoção da tomada de decisão informada e apoio contínuo são como tal fundamentais. Assim, as atividades desenvolvidas no âmbito da divulgação da evidência mapeada, poderão proporcionar um contributo para a análise das práticas dos enfermeiros relativamente à clampagem do CU, proporcionando benefícios para as famílias e facilitando a concretização das suas expectativas.

A par com os EC desenvolvidos, a realização e a discussão pública deste relatório também podem contribuir para suscitar a reflexão sobre o tema.

É expectável que o EEESMOG além de praticar a CTCU, baseando a sua prática na evidência e permitindo ao RN usufruir dos benefícios decorrentes, procure capacitar os pais para a tomada de decisão esclarecida.

A realização de formação em serviço acerca da temática e a participação em jornadas científicas que contemplavam o tema constituíram-se como momentos privilegiados para suscitar o debate sobre a temática. Neste âmbito realça-se a necessidade da elaboração de normas institucionais e da realização de estudos que permitam aprofundar os conhecimentos sobre a CTCU e que englobem a população portuguesa.

Neste sentido, a elaboração de um modelo que inclua os fatores determinantes para a prática da CTCU seria fundamental, de forma a facilitar o processo de mudança e a prática baseada na evidência. Vários foram os momentos de divulgação e de reflexão em equipa que promoveram a prática baseada na evidência, e nos quais se discutiram as controvérsias/condicionantes existentes.

Foi também promovida a mobilização da evidência científica nos cuidados prestados, procurando facilitar uma transição mais saudável do RN do meio intrauterino para o meio extrauterino (Meleis, 2010). O contributo deste trabalho engloba também as atividades desenvolvidas em contexto de cuidados de saúde primários, no que diz respeito à elaboração de planos de parto nas consultas de vigilância pré-natal. Todo o trabalho realizado permitiu o desenvolvimento de um percurso pessoal e profissional de reconhecimento e valorização da prática baseada na evidência.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento de competências e consequente crescimento a nível profissional e pessoal permitiu a realização deste relatório. Neste caminho de transições e considerando o modelo de Meleis (2010), importa ressaltar que são as famílias e particularmente o RN que no momento do nascimento deve beneficiar de uma prática responsável e baseada na evidência científica atual.

A realização do estágio em sala de partos contribuiu, em particular, para o desenvolvimento de competências fundamentais para o cuidado especializado em saúde materna, obstétrica e ginecológica, num dos principais contextos de atuação do EEESMOG e com especial atenção à CTCU. Foi possível dar resposta às necessidades e motivações pessoais e profissionais existentes e cumprir os requisitos provindos da OE e os vigentes nas diretivas nacionais e europeias, relativamente ao reconhecimento do EEESMOG.

A aprendizagem revelou-se contínua e desenvolveu-se na interação com as famílias, com os profissionais e com recurso ao pensamento crítico e à reflexão. A fundamentação da prática foi a resposta para o desenvolvimento de condutas que privilegiam o parto normal e o respeito pelas famílias, evitando a intervenção e a medicalização relativa ao parto. É de acordo com os princípios éticos da profissão que devemos assegurar o direito à autodeterminação da parturiente/convivente significativo capacitando-os para uma tomada de decisão esclarecida e respeitando o direito ao consentimento informado.

Em conclusão, importa referir que os resultados obtidos através da *Scoping Review* (JBI, 2017) mostram que a prática da CTCU ainda não se encontra uniformizada, no entanto é recomendada pelas organizações de saúde e deve ser praticada de forma a assegurar os benefícios decorrentes para o RN. A importância do desenvolvimento de normas institucionais para a prática e o estudo aprofundado sobre as condicionantes que a envolvem tornam-se fundamentais e permitem um cuidado de qualidade baseada na evidência científica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aasekjær, K., Jamtvedt, G. & Graverholt, B. (2012). Are midwives working evidencebased? An clinical audit of cord clamping. *Sykepleien Forskning*, 7 (3), 214-222. DOI:10.4220/sykepleienf.2012.0127
- Academia de Ciências de Lisboa (2001). *Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea*. Lisboa: Editorial Verbo.
- Aladangady, N., McHugh, S., Aitchison, T.C., Wardrop, C.A. & Holland, B.M. (2006). Infants' blood volume in a controlled trial of placental transfusion at preterm delivery. *Pediatrics*, 117 (01):93–98.
- Allan, D., Nicholas, S., Lawless, T., Mostert, K., Oppenheimer, L., Walker, M., Petraszko, T. & Elmoazzen, H. (2016). Delayed clamping of the umbilical cord after delivery and implications for public cord blood banking. *Transfusion*. 56 (3), 662-665. Acedido a 29/03/2018. Disponível em: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/trf.13424/epdf?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1&purchase_referrer=onlinelibrary.wiley.com&purchase_site_license
- American College of Obstetricians and Gynecologists - ACOG (2009). Intrapartum fetal heart rate monitoring: nomenclature, interpretation, and general management principles. ACOG Practice Bulletin No. 106. *Obstet Gynecol*. 114 (1): 192-202. DOI:10.1097/AOG.0b013e3181aef106
- American College of Obstetricians and Gynecologists - ACOG (2015). Umbilical Cord Blood Banking. Committee Opinion. *Obstet Gynecol*. Nº 648, 1-3. Acedido a 29/03/2018. Disponível em: <http://www.acog.org/-/media/Committee-Opinions/Committee-on-Genetics/co648.pdf?dmc=1&ts=20170606T2047309557>
- American College of Obstetricians and Gynecologists - ACOG (2017). Committee opinion on obstetric practice: delayed umbilical cord clamping after birth. *Obstet Gynecol*. Nº 684. 1-6. Acedido a: 10/01/2018. Disponível em: <https://www.acog.org/Resources-And-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/Delayed-Umbilical-Cord-Clamping-After-Birth>

- American College of Obstetricians and Gynecologists - ACOG (2017a). *ACOG Expands Recommendations to Treat Postpartum Hemorrhage*. Acedido a: 10/01/2018. Disponível em: <https://www.acog.org/About-ACOG/News-Room/News-Releases/2017/ACOG-Expands-Recommendations-to-Treat-Postpartum-Hemorrhage>
- Andersson O., Lindquist B., Lindgren M., Stjernqvist K., Domellof M. & Hellstrom-Westas L. (2015). Effect of delayed cord clamping on neurodevelopment at 4 years of age: a randomized clinical trial. *JAMA Pediatr.* 169 (7). 631–8.
- Andersson, O., Hellström-Westas, L., Andersson, D. & Domellöf, M. (2011). Effect of delayed versus early umbilical cord clamping on neonatal outcomes and iron status at 4 months: a randomised controlled trial. *BMJ*, 343:d7157–d7163
- Armson, B. A. (2005). Umbilical cord blood banking: implications for perinatal care providers. *Journal Of Obstetrics And Gynaecology Canada: JOGC = Journal D'obstétrique Et Gynécologie Du Canada: JOGC*, 27 (3), 263-290.
- Artigo 27º da diretiva 89/ 594/CEE de 30 outubro 1989 (1989). Acedido a: 27/03/2018. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/Directiva%2089_594_CEE.pdf
- Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras - APEO & Federación de Asociaciones de Matronas de España - FAME (2009). *Iniciativa parto normal - Documento de consenso*. Loures: Lusodidacta.
- Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher da Gravidez e Parto - APDMGP (2015). *O Plano de Parto Ou Plano de Nascimento Ou Plano de Preferências de Parto*. Lisboa. Acedido a: 10/01/2018. Disponível em: <http://www.associacaogravidezeparto.pt/wp-content/uploads/2015/02/Plano-de-Parto-APDMGP.pdf>.
- Associação portuguesa pelos direitos da mulher na gravidez e parto (2017). *Reflexão sobre o trabalho de parto e parto: construção de um plano de preferências de parto*. Acedido a: 19/06/2018. Disponível em: <http://www.associacaogravidezeparto.pt/wp->

<content/uploads/2016/08/Reflex%C3%A3o-para-a-constru%C3%A7%C3%A3o-do-plano-de-parto-introducao.pdf>

- Bayer, K. (2016). Delayed Umbilical Cord Clamping in the 21st Century: Indications for Practice. *Advances in Neonatal Care*. 16(1), 68-73. Acedido a 04/04/2018. Disponível em: <http://www.pubfacts.com/detail/26734815/Delayed-Umbilical-Cord-Clamping-in-the-21st-Century-Indications-for-Practice>
- Berghella, V., Baxter, J. K. & Chauhan, S. P. (2008). Evidence-based labor and delivery management. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 199 (5). 445–454. DOI: 10.1016/j.ajog.2008.06.093.
- Boere, I., Smit, M., Roest, A. W., Lopriore, E., van Lith, J. M. & te Pas, A. B. (2015). Current practice of cord clamping in the Netherlands: a questionnaire study. *Neonatology*, 107 (1), 50-55. DOI:10.1159/000365836
- Brazelton, T. B. (2013). *O Grande Livro da Criança – o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos* (13ª Ed.). Lisboa: Editorial Presença.
- Burleigh, A. & Tizard, H. (2015). Latest recommendations on timing of clamping the umbilical cord. *The Royal College of Midwives*. Acedido a 11/05/2018. Disponível em: <https://www.rcm.org.uk/news-views-and-analysis/views/latest-recommendations-on-timing-of-clamping-the-umbilical-cord>
- Calais-Germain, B & Parés, N. V. (2009). *Parir en movimiento*. Barcelona: La Liebre de Marzo.
- Chick, N. & Meleis, A. (1986). *Transitions: A Nursing Concern*. In Chinn, P. Nursing Research Methodology - Issues and implementation. New York: Aspen Publication, pp. 237-257.
- Código Deontológico do Enfermeiro (2015), Inserido no estatuto da Ordem dos Enfermeiros republicado como anexo pela Lei nº 156/2015 de 16 de Setembro.
- Conselho da Europa, Comité Europeu para a Transplantação de Órgãos (2015). *Criopreservação de sangue do cordão umbilical*. Guia para pais: Conselho da Europa. Acedido a 29/03/2018. Disponível em: <http://ipst.pt/files/TRANSPLANTACAO/BANCO%20CORDAO/GuiaParaOsPais-CordaoUmbilical.pdf>

- Cook, E. L. (2007). Delayed cord clamping or immediate cord clamping?: A literature review. *British Journal Of Midwifery*, 15 (9), 562-571.
- Cruz, M., Crespo, M., Brines, J. & Jiménez, R. (1998). *Compendio de pediatria*. Barcelona: Editorial Expaxs.
- De Paco, C., Herrera, J., Garcia, C., Corbalán, S., Arteaga, A., Pertegal, M., Checa, R., Prieto, M.T., Nieto, A. & Delgado, J.L. (2016). Effects of delayed cord clamping on the third stage of labour, maternal haematological parameters and acid-base status in fetuses at term. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 207:153–156.
- DGS (2007). *Profilaxia da Isoimunização Rh*. Direcção-Geral de Saúde: Circular Normativa Nº: 2/DSMIA. Acedido a 29/03/2018. Disponível em: <http://www.arscentro.min-saude.pt/Institucional/projectos/crsmca/noc/Documents/saude%20materna/Profilaxia%20da%20Isoimuniza%C3%A7%C3%A3o%20Rh.pdf>
- Downey, C., & Bewley, S. (2010). Childbirth practitioners' attitudes to third stage management. *British Journal Of Midwifery*, 18 (9), 576-582. DOI:10.12968/bjom.2010.18.9.78066
- Dunn, P. M. (2003). *Dr Erasmus Darwin (1731-1802) of Lichfield and placental respiration*. *Archives Of Disease In Childhood*. Fetal And Neonatal Edition, 88 (4), 346-348.
- Erlandsson, K., Dsilna, A., Fagerberg, I. & Christensson, K. (2007). Skin-to-skin care with the father after cesarean birth and its effect on newborn crying and prefeeding behavior. *Birth*. (34) 2. 105-114. Acedido a: 29/03/2018. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=b58938ae-fa06-4ef8-b27d-70ebf59044fa%40sessionmgr111&vid=36&hid=125>.
- Festin M.R., Lumbiganon P., Tolosa J.E., Finney K.A., Ba-Thike K., Chipato T., Gaitán, H., Xu, L., Limpongsanurak, S., Mittal, S., Peedicayil, A., Pramono, N., Purwar, M., Shenoy, S. & Daly, S. (2003). International survey on variation in practice of the management of the third stage of labour. *Bull World Health Organ*. 81 (4):286–91.
- Garcia, T. & Nóbrega, M. (2004). Contribuição das teorias de enfermagem para a construção do conhecimento da área. *Revista Brasileira Enfermagem*, 57 (2), 228-32.

- Godinho, N. (2017). *Guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações*. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa.
- Graça, L. M. (2017). *Medicina materno-fetal*. (5ª ed.). Lisboa: Lidel.
- Graham, I. D., Logan, J., Harrison, M. B., Straus, S. E., Tetroe, J., Caswell, W., & Robinson, N. (2006). Lost in knowledge translation: time for a map? *The Journal Of Continuing Education In The Health Professions*, 26 (1), 13-24.
- Gungor, I. & Beji, N. K. (2007). Effects of Fathers' Attendance to Labor and Delivery on the Experience of Childbirth in Turkey. *Western Journal of Nursing Research*. (29) 2. 213-231. DOI: 10.1177/0193945906292538.
- Hatem, M., Sandall, J., Devane, D., Soltani, H. & Gates, S. (2008). Midwife-led versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. (4). DOI: 10.1002/14651858.CD004667.pub2.
- Hauck, Y., Fenwick, J., Downie, J. & Butt, J. (2007). The influence of childbirth expectations on Western Australian women's perceptions of their birth experience. *Midwifery*. 23, 235-247. DOI:10.1016/j.midw.2006.02.002
- Henriques, C., Santos, L., Caceiro, E. & Ramalho, S. (2015). Determinantes na transição para a parentalidade. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. 63-67.
- Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J. & Sakala, C. (2013). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7). DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub5.
- Humans Rights in Childbirth (2012). *Universal Rights*. Acedido a 09/01/2018. Disponível em: <http://www.humanrightsinchildbirth.org/universal-rights/>.
- Hutton, E. K., Stoll, K., & Taha, N. (2013). An Observational Study of Umbilical Cord Clamping Practices of Maternity Care Providers in a Tertiary Care Center. *Birth: Issues In Perinatal Care*, 40 (1), 39-45. DOI:10.1111/birt.12027
- Hutton, E.K. & Hassan E.S. (2007). Late vs early clamping of the umbilical cord in full-term neonates. *Journal of American Medical Association*, 297 (11):1241-52.
- Ibrahim, H. M., Krouskop, R. W., Lewis, D. F. & Dhanirreddy, R. (2000). Placental trasnfusion: umbilical cord clamping and preterm infants. *Journal of Perinatal Medicine*, 20:351-4.

- Ibrahim, N. O., Sukkarieh, H. H., Bustami, R. T., Alshammari, E. A., Alasmari, L. Y. & Al-Kadri, H. M. (2017). Current umbilical cord clamping practices and attitudes of obstetricians and midwives toward delayed cord clamping in Saudi Arabia. *Annals Of Saudi Medicine*, 37 (3), 216-224. DOI:10.5144/0256-4947.2017.216
- International Confederation of Midwives - ICM (2011). *International Definition of the Midwife*. Hague: ICM. Acedido a: 10/01/2018. Disponível em: http://internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/CD2011_001%20ENG%20Definition%20of%20the%20Midwife.pdf
- International Confederation of Midwives – ICM (2013). *Essential competencies for basic midwifery practice*. Hague: ICM. Acedido a 10/03/2018. Disponível em: <http://internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/ICM%20Essential%20Competencies%20for%20Basic%20Midwifery%20Practice%202010,%20revised%202013.pdf>.
- International Confederation of Midwives - ICM (2014). *International Code of Ethics for Midwives*. ICM. Acedido a: 29/03/2018. Disponível em: <http://www.hebammen.at/wp-content/uploads/2017/04/International-Code-of-Ethics-for-Midwives.pdf>
- International Confederation of Midwives - ICM, Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia - FIGO (2003). *Joint Statement: Management of the Third Stage of Labour to Prevent Post-partum Haemorrhage*. The Hague, The Netherlands: ICM. Acedido a: 10/01/2018. Disponível em: <http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/FIGO/PPH%20Joint%20Statement.pdf>.
- Jelin, A.C., Zlatnik, M.G., Kuppermann, M., Gregorich, S.E., Nakagawa, S. & Clyman, R. (2016). Clamp late and maintain perfusion (CLAMP) policy: delayed cord clamping in preterm infants. *JMatern Fetal Neonatal Med*, 29 (11):1705–1709.
- Joanna Briggs Institute - JBI (2017). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2017 edition*. Adelaide: The Joanna Briggs Institute.
- Kaempf, J.W., Tomlinson, M.W., Kaempf, A.J., Wu, Y., Wang, L, Tipping, N. & Grunkemeier, G. (2012). Delayed umbilical cord clamping in premature neonates. *Obstet Gynecol*, 120 (2, Pt 1):325–330.

- Kasai, K. E., Nomura, R. M., Benute, G. R., Lucia M. C. & Zugaib, M. (2010). Women's opinions about mode of birth in Brazil: a qualitative study in a public teaching hospital. *Midwifery*, 26 (3). 319-26. DOI:10.1016/j.midw.2008.08.001.
- Kc, A., Rana, N., Måqvist, M., Jarawka Ranneberg, L., Subedi, K. & Andersson, O. (2017). Effects of delayed umbilical cord clamping vs early clamping on anemia in infants at 8 and 12 months: a randomized clinical trial. *JAMA Pediatr*, 171 (03):264–270.
- Kinmond, S., Aitchison, T.C., Holland, B.M., Jones, J.G., Turner, T.L. & Wardrop, C.A. (1993). Umbilical cord clamping and preterm infants: a randomised trial. *BMJ*, 306 (6871):172–175
- Kitzinger, S. (1995). *A experiencia do Parto*. Coleção Medicina e Saúde. Lisboa: Instituto Piaget.
- Kresch, M. J. (2017). Management of the Third Stage of Labor: How Delayed Umbilical Cord Clamping Can Affect Neonatal Outcome. *American Journal Of Perinatology*, 34 (14), 1375-1381. DOI:10.1055/s-0037-1603733
- Ladipo, O. A. (1972). Management of third stage of labour, with particular reference to reduction of feto-maternal transfusion. *British Medical Journal*, 1 (5802), 721-723.
- Lei nº 122/2011 de 18 de fevereiro (2011). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2ª série, nº 35 (18/02/2011) 8648-8653.
- Lei nº 127/2011 de 18 de fevereiro (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia. Diário da República, 2ª série, nº 35 (18/02/2011) 8662-8666.
- Leslie, M. S., Erickson-Owens, D., & Cseh, M. (2015). The Evolution of Individual Maternity Care Providers to Delayed Cord Clamping: Is It the Evidence? *Journal Of Midwifery & Women's Health*, 60 (5), 561-569. DOI:10.1111/jmwh.12333
- Levy, H. & Bértolo H. (2012). *Manual de Aleitamento Materno*. Lisboa: Comité Português para a UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância; *United Nations Children's Fund*).

- Linderkamp O. (1987). Blood rheology in the newborn infant. *Baillieres Clin Haematol.* 1(3), 801–25.
- Linderkamp, O. (1982). Placental transfusion: determinants and effects. *Clinics in Perinatology*, 9:559-92.
- Lowdermilk, D. L. & Perry, S. E. (2009). *Enfermagem na Maternidade*. (7ª Edição). Loures: Lusodidacta.
- McDonald, S. J., Middleton, P., Dowswell, T. & Morris, P. S. (2013). Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. *Evidence-Based Child Health: A Cochrane Review Journal*, 9 (2), 303-397. DOI:10.1002/ebch.1971
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: Middle Range and Situations Specifics Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publications Company, Nova Iorque, ISBN: 978-0-8261-0535-6.
- Mercer, J.S. & Erickson-Owens, D.A. (2014). Is It Time to Rethink Cord Management When Resuscitation Is Needed? *Journal of Midwifery & Womens´s Health*. 59 (6), 635-644.
- Mercer, J.S. (2001). Current best evidence. A review of the literature on umbilical cord clamping. *Journal of Midwifery and Women´s Health*, 46 (6), 402-14.
- Mercer, J.S., Erickson-Owens, D.A., Vohr, B.R., Tucker, R.J., Parker, A.B., Oh, W. & Padbury, J.F. (2016). Effects of placental transfusion on neonatal and 18 month outcomes in preterm infants: a randomized controlled trial. *J Pediatr*, 168:50–55.e1.
- Mercer, J.S., McGrath, M.M., Hensman, A., Silver, H. & Oh, W. (2003). Immediate and delayed cord clamping in infants born between 24 and 32 weeks: a pilot randomized controlled trial. *J Perinatol*, 23 (06):466–472.
- Mercer, J.S., Vohr, B.R., Erickson-Owens, D.A., Padbury, J.F. & Oh, W. (2010). Sevenmonth developmental outcomes of very low birth weight infants enrolled in a randomized controlled trial of delayed versus immediate cord clamping. *J Perinatol*, 30 (01):11–16.
- Mercer, J.S., Vohr, B.R., McGrath, M.M., Padbury, J.F., Wallach, M. & Oh, W. (2006). Delayed cord clamping in very preterm infants reduces the incidence of

- intraventricular hemorrhage and late-onset sepsis: a randomized, controlled trial. *Pediatrics*, 117 (04):1235–1242.
- Merighi, M. A. B. & Gualda, D. M. R. (2002). Anatomia de uma conciliação: a enfermeira obstetra e as tendências de assistência à mulher no processo de nascimento. *Revista Diagnóstico & Tratamento*. 7(2). 6-10.
 - Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica sobre o Plano de Parto (2012). Parecer nº 7/2012 Acedido a: 19/06/2018. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEESMO_Parecer_7_2012_Plano_de_parto.pdf
 - Montenegro, C. & Rezende, J. (2018). *Obstetrícia fundamental*. (14ª ed.) Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
 - Moura, F., Crizostomo, C. D., Nery, I.S., Mendonça, R., Araújo, O. D. & Rocha, S. (2007). A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60 (4): 452-455.
 - Mwanzia, L. (2014). An investigation into the perceptions and preferences of birth positions in a Kenyan referral hospital. *African Journal of Midwifery and Women's Health*. (8) 2. 82-89. DOI: 10.12968/ajmw.2014.8.2.82.
 - Nakano, A. M. S., Silva, L. A., Beleza, A. C. S., Stefanello, J. & Gomes, F. A. (2007). O suporte durante o processo de parturição: a visão do acompanhante. *Acta Paulista de Enfermagem*. (20) 2. 131-137. DOI: 10.1590/S0103-21002007000200004.
 - Néné, M., Marques, R. & Batista, M.A. (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. (1ª ed.). Lisboa: Lidel.
 - Nogueira, J. P. F. (2012). Posições alternativas em trabalho de parto. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*, 12. 25-28.
 - Novo, S.M.F (2011). Gestão da supervisão do ensino clínico em enfermagem: perspectivas dos enfermeiros orientadores do CHNE,EPE. Dissertação apresentada ao Instituto Politécnico de Bragança, para obtenção do Grau de Mestre em Gestão das Organizações, Especialização em Gestão de Unidades de Saúde. IPB, Bragança.
 - Odent, M. (2005). *A Cesariana*. Lisboa: Miosótis.

- Oh, W., Lind, J. & Gessner, I.H. (1966). The circulatory and respiratory adaptation to early and late cord clamping in newborn infants. *Acta Paediatr Scand*, 55 (01):17–25.
- Oh, W., Oh, M.A. & Lind J. (1966). Renal function and blood volume in newborn infant related to placental transfusion. *Acta Paediatr Scand*, 56:197–210
- Oliveira, F., Assis, K., Martins, M., Prado, M., Ribeiro, A., Sant’Ana, L., Priore, S. & Franceschini, S. (2014). Tempo de clampeamento e fatores associados à reserva de ferro de neonatos a termo. *Revista de Saúde Pública*. 48(1),10-18.DOI:10.1590/S0034-8910.2014048004928.
- Oliveira, S., Riesco, M. L., Miya, C. & Vidotto, P. (2002). *Tipo de parto: expectativas das mulheres*. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 10 (5): 667-74. Acedido a 10/01/2018, Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n5/v10n5a7.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros - OE (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual. Enunciados Descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a: 10/01/2018. Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/55709348/Padroes-de-Qualidade#scribd>
- Ordem dos Enfermeiros - OE (2003). *Código deontológico do enfermeiro: anotações e comentários*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros - OE (2010). Parecer CJ 129/2009. Sobre: criopreservação de células estaminais do cordão umbilical. Acedido a 29/03/2018 através de: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/CJ_Documentos/Parecer129_2009_criopreservacao_celulas_estaminais.pdf
- Ordem dos Enfermeiros - OE (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros - OE (2012). *Combater a desigualdade: da evidência à ação – Closing the gap: from evidence to action*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros - OE (2013). 15 *Propostas para melhorar a eficiência no Serviço Nacional de Saúde*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- Ordem dos Enfermeiros - OE (2015). *Projeto Maternidade com Qualidade- Resultados Ano 2014*. Acedido a: 10/01/2018. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2015/Maternidade_Qualidade_Resultados_2014.pdf
- Ordem dos Enfermeiros - OE (2015a). *Livro de Bolso Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a: 10/01/2018. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroBolso_EESMO.pdf
- Ordem dos Enfermeiros - OE (2015b). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros*. Acedido a: 29/03/2018. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto REPE_29102015_VF_site.pdf
- Ordem dos Enfermeiros & Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras - OE & APEO (2012). *“Pelo direito ao parto normal – uma visão partilhada”*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Organização Mundial de Saúde - OMS (1996). *Safe motherhood: Care in normal birth: a practical guide*. Geneva: World Health Organization.
- Organização Mundial de Saúde - OMS (2002). *Promoting Effective Perinatal Care Essential: Antenatal, Perinatal and Postpartum Care*. Regional Office for Europe. Acedido a 10/01/2018. Disponível em: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0013/131521/E79235.pdf
- Organização Mundial de Saúde - OMS (2014). *Recomendações da OMS para a prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto*. Genebra: OMS. ISBN 978 92 4 854850 5.
- Organização Mundial de Saúde - OMS (2014a). *Delayed clamping of the umbilical cord to reduce infant anaemia*. Geneva: Organização Mundial de Saúde. Acedido a 02/04/2018. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/120074/1/WHO_RHR_14.19_eng.pdf?ua=1
- Organização Mundial de Saúde - OMS (2014b). *Guideline: Delayed umbilical cord clamping for improved maternal and infant health and nutrition outcomes*.

- Geneva, World Health Organization; Acedido a 10/01/2018. Disponível em: http://www.who.int/nutrition/publications/guidelines/cord_clamping/en/.
- Organização Mundial de Saúde - OMS (2017). *Optimal timing of cord clamping for the prevention of iron deficiency anemia in infants*. Geneva: Organização Mundial de Saúde. Acedido a 20/03/2018. Disponível em: http://www.who.int/elena/titles/cord_clamping/en/
 - Organização Mundial de Saúde - OMS (2018). *Intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva: Organização Mundial de Saúde. ISBN 978-92-4-155021-5
 - Pacheco, M. S. F. S. (2011). *Desenvolvimento da competência ética dos estudantes de enfermagem – Uma teoria explicativa*. (Tese de Doutoramento). Universidade Católica Portuguesa.
 - Pan American Health Organization and World Health Organization Regional Office for the Americas. (2013). *Beyond survival: integrated delivery care practices for long-term maternal and infant nutrition, health and development*, 2nd ed. Washington, DC: Pan American Health Organization. Acedido a: 29/03/2018. Disponível em: http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/BeyondSurvival_2nd_edition_en.pdf?ua=1.
 - Posner, G.D., Dy, J., Black, A., & Jones, G.D. (2014). *Oxorn-Foote Human Labour and Birth*. (6ª ed.). Toronto: McGraw Hill Professional.
 - Rabe, H., Diaz-Rossello, J., Duley, L. & Dowswell, T. (2012). Effect of timing of umbilical cord clamping and other strategies to influence placental transfusion at preterm birth on maternal and infant outcomes (review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8 (CD003248), 1-3. DOI:10.1002/14651858.CD003248.pub3
 - Rabe, H., Wacker, A., Hülskamp, G., Hörnig-Franz, I., Schulze-Everding, A., Harms, E., Cirkel, U., Louwen, F., Witteler, R. & Schneider, H.P.G. (2000). A randomised controlled trial of delayed cord clamping in very low birth weight preterm infants. *Eur J Pediatr*, 159 (10):775–777.
 - Rigatto, H. (1984). From fetus to neonate: controlo of ventilation in the newborn. *Annual Review of Psysiology*, 46: 661-74.

- Romano, A. M. & Lothian, J. A. (2008). Promoting, Protecting, and Supporting Normal Birth: A Look at the Evidence. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 37, 94-105. DOI: 10.1111/j.1552-6909.2007.00210.x.
- Rudolph, C. D., Rudolph, A. M., Hostetter, M. K., Lister, G. & Siegel, N. J. (2003). *Pediatrics de Rudolph*, 21ª ed. Madrid: Editorial McGraw-Hill-Interamericana.
- Rycroft-Malone, J., Harvey, J.G. & Seers, K. (2004). An explanation of the factors that influence the implementation of evidence into practice. *Journal of Clinical Nursing*, 13(8): 913–24. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2004.01007.x.
- Salari, Z., Rezapour, M. & Khalili, N. (2014). Late umbilical cord clamping, neonatal hematocrit and Apgar scores: A randomized controlled trial. *Journal or neonatal-Perinatal Medicine*. Irão. 7 (4), 287-291. Acedido a: 29/03/2018. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=20549ef1-d016-4279-83e2-58acac5d1297%40sessionmgr4010&vid=5&hid=411>
- Santos, E. & Fernandes, A. (2004) Prática Reflexiva: Guia para a Reflexão Estruturada. *Revista Referência*. 11. 59-62.
- Serrano, M., Costa, A. Da & Costa, N. (2011). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s)? *Revista de Enfermagem Referência*; 3(3): 15-23.
- Silva, A. P. (2007). Enfermagem Avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*. (55)1-2. 11-20.
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia (2014). *Policitemia e hiperviscosidade*. Secção de Neonatologia da SPP. Acedido a 29/03/2018. Disponível em: <http://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2014-Policitemia.pdf>
- Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada, Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses of Canada, Canadian Association of Midwives, College of Family Physicians of Canada & Society of Rural Physicians of Canada (2008). Joint Policy Statement on Normal Childbirth. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*. 30(12). 1163-1165. Acedido a: 30/03/2018. Disponível em: <http://sogc.org/wp-content/uploads/2013/01/gui221PS0812.pdf>.

- Soltani, H., Dickinson, F., & Leung, T. (2005). The effect of placental cord drainage in the third stage of labour on feto-maternal transfusion: a systematic review. *Evidence Based Midwifery*, 3 (2), 64-68.
- Stopfkuchen, H. (1987). Changes of the cardiovascular system during the perinatal period. *European Journal of Pediatrics*, 146:545-9.
- Strauss, R.G., Mock, D.M., Johnson, K.J., Cress, G.A., Burmeister, L.F., Zimmerman, M.B., Bell, E.F. & Rijhsinghani, A. (2008). A randomized clinical trial comparing immediate versus delayed clamping of the umbilical cord in preterm infants: short term clinical and laboratory endpoints. *Transfusion*, 48 (04):658–665.
- Sullivan, D. H. & McGuiness, C. (2015). Natural Labor Pain Management. *International Journal of Childbirth Education*, 30 (2). 20-25. Acedido a: 10/01/2018. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=a864b7a6-031f-42b1-a8bf-efd50cc67bd7%40sessionmgr113&vid=0&hid=125>.
- Tereso, A. (2005). *Coagir ou emancipar?: sobre o papel da enfermagem no exercício da cidadania das parturientes*. Coimbra: Formasau.
- The National Institute for Health and Care Excellence - NICE (2017). *Intrapartum Care. Quality statement 6: Delayed cord clamping*. National Institute for Health and Care Excellence. Geneva: Organização Mundial de Saúde. Acedido a 10/03/2018. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs105/chapter/quality-statement-6-delayed-cord-clamping>
- The Royal College of Midwives (2012). *Evidence Based Guidelines for Midwifery-Led Care in Labour – Positions for Labour and Birth*. Acedido a: 29/03/2018. Disponível em: <https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/Positions%20for%20Labour%20and%20Birth.pdf>
- The Royal College of Midwives (2014). *RCM welcomes change in NICE guidance*. Royal College of Midwives. Acedido a 10/03/2018. Disponível em:

<https://www.rcm.org.uk/news-views-and-analysis/news/rcm-welcomes-change-in-nice-guidance>

- The Royal College of Midwives, The Royal College of Obstetricians and Gynaecologists & National Childbirth Trust (2007). *Making normal birth a reality - Consensus statement from the Maternity Care Working Party our shared views about the need to recognise, facilitate and audit normal birth*. United Kingdom: NCT/RCM/RCOG. Acedido a: 29/03/2018. Disponível em: <https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/NormalBirthConsensusStatement.pdf>
- Vain, N., Stragno, D., Gorenstein, A., Gordillo, J., Berazategui, J., Alda, G. & Prudent, L. (2014). Effect of gravity on volume of placental transfusion: a multicentre, randomised, non-inferiority trial. *The Lancet*, 384, 235-240.
- Van Rheenen P & Brabin B. (2006). A practical approach to timing cord clamping in resource poor settings. *British Journal of Obstetrics & Gynaecologists*, 333:954-8.
- Vieira, M. (2009) *Ser Enfermeiro: da compaixão à proficiência*. (2ª ed.) Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Wassen, M. H., Zuijlen, J., Roumen, F. E., Smits, L. M., Marcus, M. A. & Nijhuis, J. G. (2011). Early versus late epidural analgesia and risk of instrumental delivery in nulliparous women: a systematic review. *BJOG: An International Journal Of Obstetrics & Gynaecology*, 118 (6), 655-661. DOI:10.1111/j.1471-0528.2011.02906.x
- Winter C, Macfarlane A, Deneux-Tharaux C, Zhang W-H, Alexander S, Brocklehurst P., Bouvier-Colle, M. H., Prendiville, W., Cararach, V., van Roosmalen, J., Berik, I., Klein, M., Ayres-de-Campos, D., Erkkola, R., Chiechi, L. M., Langhoff-Roos, J., Stray-Pedersen, B. & Troeger, C. (2007) *Variations in policies for management of the third stage of labour and the immediate management of postpartum haemorrhage in Europe*. *BJOG*. 2007;114:845–54.
- Yao AC & Lind J. (1977). Effect of early and late cord clamping on the systolic time intervals of the newborn infant. *Acta Paediatr Scand*. 66 (4), 489–93.

APÊNDICES

Apêndice I

Descritores para a *Scoping Review* (JBI, 2017)

CINAHL – TERMOS INDEXADOS	
<u>População: enfermeiros obstetras</u>	<u>Conceito: Clampagem tardia do cordão umbilical</u>
Nurse Midwives OR Midwives OR Nurse Midwifery Service	Umbilical Cord Clamping
<u>Expressão de Pesquisa:</u> (MH Nurse Midwives OR MH Midwives OR MH Nurse Midwifery Service) AND (MH Umbilical cord clamping)	
CINAHL – TERMOS NATURAIS	
<u>População: enfermeiros obstetras</u>	<u>Conceito: Clampagem tardia do cordão umbilical</u>
Midw* OR Nurs* care	Delayed umbilical cord clamping OR Delayed cord clamping OR Timing of umbilical cord clamping
<u>Expressão de Pesquisa:</u> (Midw* OR Nurs* care) AND (Delayed umbilical cord clamping OR Delayed cord clamping OR Timing of umbilical cord clamping)	

MEDLINE – TERMOS INDEXADOS	
<u>População: enfermeiros obstetras</u>	<u>Conceito: Clampagem tardia do cordão umbilical</u>
Nurse Midwives OR Obstetric Nursing	Umbilical Cord
<u>Expressão de Pesquisa:</u> (MH Nurse Midwives OR MH Obstetric Nursing) AND (MH Umbilical Cord)	
MEDLINE – TERMOS NATURAIS	
<u>População: enfermeiros obstetras</u>	<u>Conceito: Clampagem tardia do cordão umbilical</u>
Midw* OR Nurs* care	Delayed umbilical cord clamping OR Delayed cord clamping OR Timing of umbilical cord clamping

<p><u>Expressão de Pesquisa:</u></p> <p>(Midw* OR Nurs* care)</p> <p>AND</p> <p>(Delayed umbilical cord clamping OR Delayed cord clamping OR Timing of umbilical cord clamping)</p>

<p>GOOGLE ACADÉMICO; COCHRANE DATABASE OF SYSTEMATIC REVIEWS; ACADEMIC SEARCH COMPLETE; ERIC; BIBLIOTECA DO CONHECIMENTO ONLINE; ISI WEB OF KNOWLEDGE; NURSING REFERENCE CENTER – TERMOS NATURAIS</p>	
<p><u>População: enfermeiros obstetras</u></p>	<p><u>Conceito: Clampagem tardia do cordão umbilical</u></p>
<p>Midw* OR Nurs* care</p>	<p>Delayed umbilical cord clamping OR Delayed cord clamping OR Timing of umbilical cord clamping</p>
<p><u>Expressão de Pesquisa:</u></p> <p>(Midw* OR Nurs* care)</p> <p>AND</p> <p>(Delayed umbilical cord clamping OR Delayed cord clamping OR Timing of umbilical cord clamping)</p>	

Apêndice II

Critérios de inclusão/exclusão dos artigos da *Scoping Review* (JBI, 2017)

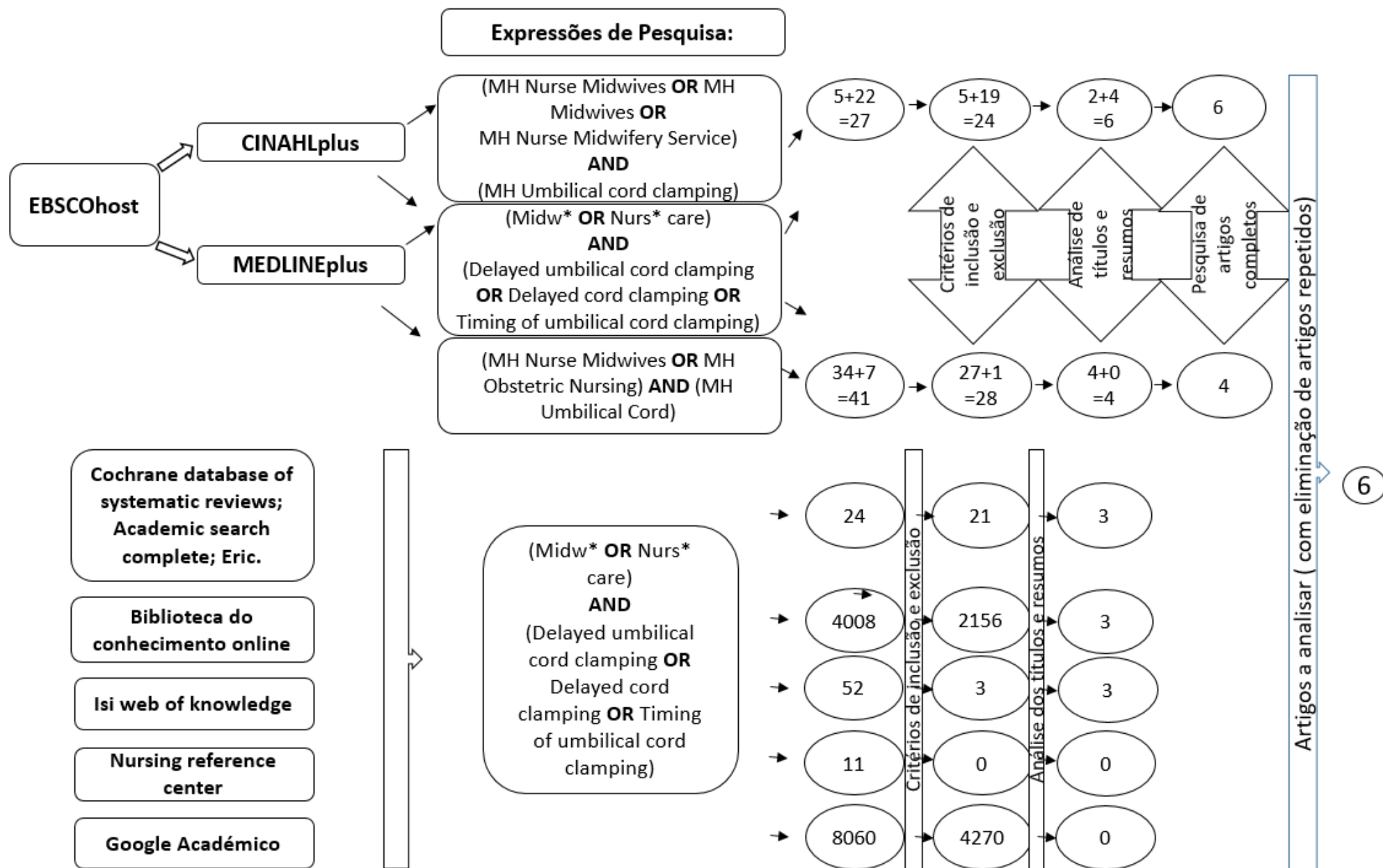
<u>CRITÉRIOS DE INCLUSÃO</u>
Estudos publicados a partir do ano de 2010, uma vez que existem estudos pertinentes a partir deste ano;
Estudos primários;
Estudos revistos por especialistas;
Estudos na língua inglesa e na portuguesa;
Estudos que incluam enfermeiros obstetras que prestaram cuidados a parturientes e RNs em contexto hospitalar.

Os critérios de exclusão constituem-se por inerência com base nos critérios de inclusão.

Na pesquisa realizada não foi incluído o contexto, referente à questão PCC, no termo/expressão de pesquisa por limitar os artigos encontrados (de acordo com *JB*, 2017).

Apêndice III

Fluxograma de seleção dos artigos para a *Scoping Review* (JBI, 2017)



Apêndice IV

Bibliografia dos artigos selecionados referentes à *Scoping Review* (JBI, 2017)

- Ibrahim, N. O., Sukkarieh, H. H., Bustami, R. T., Alshammari, E. A., Alasmari, L. Y. & Al-Kadri, H. M. (2017). Current umbilical cord clamping practices and attitudes of obstetricians and midwives toward delayed cord clamping in Saudi Arabia. *Annals Of Saudi Medicine*, 37 (3), 216-224. DOI:10.5144/0256-4947.2017.216
- Boere, I., Smit, M., Roest, A. W., Lopriore, E., van Lith, J. M. & te Pas, A. B. (2015). Current practice of cord clamping in the Netherlands: a questionnaire study. *Neonatology*, 107 (1), 50-55. DOI:10.1159/000365836
- Leslie, M. S., Erickson-Owens, D., & Cseh, M. (2015). The Evolution of Individual Maternity Care Providers to Delayed Cord Clamping: Is It the Evidence? *Journal Of Midwifery & Women's Health*, 60 (5), 561-569. DOI:10.1111/jmwh.12333
- Hutton, E. K., Stoll, K., & Taha, N. (2013). An Observational Study of Umbilical Cord Clamping Practices of Maternity Care Providers in a Tertiary Care Center. *Birth: Issues In Perinatal Care*, 40 (1), 39-45. DOI:10.1111/birt.12027
- Aasekjær, K., Jamtvedt, G. & Graverholt, B. (2012). Are midwives working evidencebased? An clinical audit of cord clamping. *Sykepleien Forskning*, 7 (3), 214-222. DOI:10.4220/sykepleienf.2012.0127
- Downey, C., & Bewley, S. (2010). Childbirth practitioners' attitudes to third stage management. *British Journal Of Midwifery*, 18 (9), 576-582. DOI:10.12968/bjom.2010.18.9.78066